Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№. 33. 15. August 1893. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Originalien.

Beitrag zur Kenntniss der Wirkungen des Scopolaminum hydrobromicum.

Von Dr. *L. Illig*, Assistent an der Universitäts-Augenklinik zu Freiburg i. B.

Im Februarheft der Klinischen Monatsblätter für Augenheilkunde erschien in diesem Jahre ein Aufsatz von E. Rählmann[1]), in welchem derselbe über die Resultate seiner Versuche mit dem Scopolamin, einem neuen Mydriaticum, berichtete, einem von Schmidt in Marburg aus Scopolia atropoïdes dargestellten Alkaloid. Nach den an normalen und kranken Augen vorgenommenen Untersuchungen dieses Autors soll dieses Mittel als Mydriaticum und Antiphlogisticum alle anderen gebräuchlichen Tropeïne einschliesslich des Atropins übertreffen; in der Stärke der mydriatischen Wirkung soll es sich ähnlich dem Hyoscin verhalten, ohne unangenehme Nachwirkungen und Nebenerscheinungen zu zeigen. Besondere Vorzüge soll dasselbe bei eitrigen Entzündungen des vorderen Bulbusabschnittes besitzen, die auf die Einwirkung auf die Gefässe zurückgeführt werden. Bei pathologischer Steigerung des intraocularen Druckes soll das Mittel gut vertragen werden. Es wirkt nach Rählmann etwa fünfmal so stark als das Atropin, lähmt wie dieses in gleichem Grade den Sphincter und die Accommodation. Die Dauer der Wirkung soll, $^1/_5$ proc. Scopolamin mit 1 proc. Atropin verglichen, nahezu die gleiche, bei ersterem vielleicht etwas kürzer sein. Die anzuwendenden Lösungen von 1—2 pro Mille sollen demnach in der Dosirung einer $^1/_2$—1 proc. Atropinlösung entsprechen.

Dies sind in Kürze die Resultate, zu denen Rählmann gekommen ist.

Im Junihefte des Hirschberg'schen Centralblattes für praktische Augenheilkunde erschien ferner ein Referat von Mitvalský über eine Arbeit von Bellarminow[2]), der ebenfalls das neue Mittel einer Prüfung auf seine Wirkung unterzogen hat. Nach den Mittheilungen des genannten Referenten kam Bellarminow zu ganz ähnlichen Resultaten wie Rählmann, jedoch soll derselbe betonen, dass das Scopolamin zwar eine weit energischere, aber keine so anhaltende Wirkung auf Pupille und Accommodation habe wie das Atropin. Eine vorzügliche Wirkung des Mittels fand Bellarminow angeblich bei Iritiden, die der Atropinwirkung weit überlegen sein soll. Benützt wurden Lösungen von 1:500—1:300, 3—4mal täglich 1—2 Tropfen. Sehr warm empfehlen soll Bellarminow die Combination mit Cocain. Das Mittel wurde weiter bei verschiedenen Hornhautentzündungen, Scleritiden und nach Cataractdiscissionen erprobt. Die Einträufelung einer stärkeren Lösung (1:120) soll wiederholt Intoxicationserscheinungen gezeigt haben.

Im verflossenen Vierteljahr habe ich nun ebenfalls in der hiesigen Klinik auf Veranlassung des Herrn Geh. Hofrath Prof. Manz mit dem neuen Mittel eine Reihe von Versuchen an normalen und kranken Augen angestellt, über die ich im Folgenden berichten möchte.

Zur Behandlung kamen 28 Fälle, bei denen das Scopolamin zum Theil allein, zum Theil abwechselnd mit Atropin angewandt wurde. Im Anfange wurden sowohl die schwächere 1 pro mill. als auch die stärkere 2 pro mill. Lösung benutzt, später nur die letztere. Bezüglich der Dosirung wurde wie beim Atropin verfahren, d. h. es wurden täglich bis zu 4 Instillationen von je 1—2 Tropfen in den Conjunctivalsack gemacht, nur in einigen Fällen ausnahmsweise bis zu 6 Instillationen. Systematische Versuche über die combinirte Scopolamin-Cocainwirkung habe ich nicht angestellt.

Den vergleichenden Untersuchungen wurde die $^1/_5$ proc. Scopolaminlösung einerseits, die 1 proc. Atropinlösung andererseits zu Grunde gelegt.

In erster Linie wird uns die Frage interessiren, ob in allen jenen Fällen, bei denen wir eine Mydriasis erzielen wollen, das Scopolamin denselben oder gar einen noch höheren Grad der Pupillenerweiterung herbeiführt als das Atropin; ferner, ob das Scopolamin dem Atropin in denjenigen Fällen überlegen ist, wo es sich um die Lösung von Synechien handelt; endlich, ob das Scopolamin auch bezüglich der Dauer seiner Wirkung dem Atropin gleichkommt.

In den meisten Fällen nun konnte kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Mitteln hinsichtlich des Grades der erzielten Pupillenerweiterung constatirt werden; einige Male freilich schien das Scopolamin eine etwas stärkere Erweiterung der Pupille herbeizuführen als das Atropin; der Unterschied war jedoch so gering, dass er kaum ins Gewicht fallen dürfte.

Eine stärkere Einwirkung des Scopolamins auf die Lösung von Synechien konnte mit Sicherheit in keinem Falle beobachtet werden, der vergleichsweise abwechselnd mit beiden Mitteln behandelt worden war.

In frappanter Weise zeigte sich dagegen fast durchgehends die kürzere Wirkungsdauer des Scopolamins im Gegensatz zum Atropin. In einem Falle von acuter Irido-chorioiditis war die Behandlung mit Atropin eingeleitet worden; die Pupille hielt sich zunächst über mittelweit, wurde dann enger trotz 4maliger Einträufelung einer 1 proc. Atropinlösung pro die. Durch die nunmehr eingeleitete Scopolaminbehandlung wurde keine stärkere Mydriasis erzielt, vielmehr trat bald darauf unter Zunahme der entzündlichen Erscheinungen eine weitere Verengerung der Pupille ein. Nach Einleitung der entsprechenden weiteren Behandlung (Dunkelzimmer, Bettruhe, Schmiercur) gingen die entzündlichen Erscheinungen sodann allmählich zurück und die Pupille erweiterte sich wieder unter Scopolamingebrauch, aber nur für kurze Zeit: ohne sichtliche Zunahme der Entzündung

[1]) Scopolaminum hydrochloricum, ein neues Mydriaticum und seine Anwendung in der ophthalmologischen Praxis. — In einer nachträglich uns zugegangenen Berichtigung seitens der Firma E. Merck wurde bemerkt, dass in besagter Abhandlung irrthümlicher Weise an Stelle von „Scopolaminum hydrobromicum" Scopolaminum hydrochloricum gesetzt worden sei.

[2]) Ueber die Wirkung des Scopolamin (eines neuen Mydriaticums) auf das Auge, von Dr. Bellarminow. Wratsch, 1893, No. 17.

trat wiederum Pupillenverengerung ein, und erst durch Atropin konnte die Pupille wieder dauernd auf ihre frühere Weite gebracht werden.

Von einer stärkeren antiphlogistischen Wirkung des Scopolamins konnte ich mich in keinem Falle überzeugen, dagegen schien in 2 Fällen das Mittel günstig auf die intraocularen Druckverhältnisse zu wirken, nämlich bei einer Iritis serosa mit Glaucoma secundarium imminens und bei einer chronischen Iridocyclitis; in beiden Fällen bestand nämlich erhöhte Tension (+ 1), die nach Scopolamingebrauch bis etwa zur Norm herabgesetzt wurde. Wenn diese beiden Fälle auch nicht unstreitig die druckherabsetzende Wirkung des Scopolamins beweisen, so scheint mir durch dieselben doch soviel festgestellt, dass das Scopolamin jedenfalls nicht druckerhöhend wirkt.

Die Fälle, bei denen das Scopolamin zur Anwendung gelangte, waren folgende: Irido-chorioiditis und Irido-cyclitis, darunter ein acuter Fall, Iritis serosa mit Glaucoma secundarium imminens, Iritis traumatica, Ulcus corneae cum Iritide, Keratitis parenchymatosa, Keratitis dendritica, Cataracta traumatica cum Iritide; endlich kam das Mittel auch während der Nachbehandlung nach Cataract-Operationen verschiedentlich zur Anwendung. Eine besonders günstige Wirkung des Scopolamins auf die Mydriasis im Vergleich zur Atropinwirkung in einer der genannten Krankheitsgruppen ist mir nicht aufgefallen.

Was die Wirkung des Scopolamins bei eitrigen Entzündungen des vorderen Bulbus-Abschnittes anlangt, so konnte ich mich von der günstigeren Einwirkung desselben auf die Resorption eines Hypopyons nicht überzeugen. In einem Falle von Ulcus corneae cum Iritide (Trauma) hatte sich nämlich unter Scopolaminbehandlung ein Hypopyon gebildet, das auch unter der später eingeleiteten Atropinbehandlung nicht sichtlich grösser, vielmehr allmählich resorbirt wurde.

Bei glaucomatösen Processen habe ich das Mittel ausser in dem oben angeführten Falle von Iritis serosa mit Glaucoma secundarium imminens nicht weiter in Anwendung gezogen.

Von ungünstigen Neben- oder Nachwirkungen beim Gebrauch des Scopolamins habe ich nichts gesehen, was von Belang sein könnte. Einige Patienten gaben auf Befragen an, nach den Instillationen ein mässiges Brennen im Auge oder ein Trockengefühl im Halse zu spüren; sehr oft wurde bald nach der Application des Mittels eine local (besonders im unteren Bulbusabschnitt) auftretende, aber sehr bald vorübergehende, tiefe pericorneale Injection bemerkt, die den Patienten jedoch niemals nennenswerthe Beschwerden machte, jedenfalls in keinem Falle mit einer Exacerbation der entzündlichen Erscheinungen am Bulbus verknüpft war. Intoxicationserscheinungen, wie sie Bellarminow nach Einträufelung einer Lösung von 1 : 120 wiederholt beobachtete, habe ich nicht gesehen, da ausschliesslich die schwächeren Lösungen von 1 : 1000 bis 1 : 500 zur Verwendung kamen.

Von grosser Wichtigkeit scheint mir nun die Frage, ob das Scopolamin auch in jenen Fällen vertragen wird, die eine mehr oder weniger ausgesprochene Idiosynkrasie gegen Atropin zeigen.

In dieser Beziehung waren 2 Fälle sehr lehrreich, die ich daher kurz anführen möchte.

Der 1. Fall betraf einen ca. 40jährigen Patienten, Dr. H., der wegen einer doppelseitigen Irido-chorioiditis (specifica) seit einigen Monaten einer Atropincur unterworfen wurde. Nachdem das Mittel im Anfang gut vertragen worden war, steigerten sich später nach dem Atropingebrauch die entzündlichen Erscheinungen, indem die Pupillen sich unter Zunahme der Injection an den Augen verengten; gleichzeitig traten lästige subjective Beschwerden ein. Nach dem Gebrauch von Scopolamin traten diese üblen Zustände nicht mehr ein: der Entzündungszustand der Augen wurde durch das neue Mittel günstig beeinflusst, nur zeigte sich nach den Instillationen eine rasch vorübergehende Röthung des Auges, welche jedoch den Patienten kaum belästigte. Das Scopolamin wird bis jetzt (seit ca. 3 Monaten) gut vertragen.

Der 2. Fall betraf die 31jährige Patientin C. D., welche im Februar a. cr. wegen der gleichen Affection in die Klinik aufgenommen wurde. Am rechten Auge bestand die Affection schon länger, am linken erst seit wenigen Wochen. Die rechte Pupille zeigte sich völlig resistent gegen Cocain, die linke erweiterte sich nur mässig. Gleich nach ihrem Eintritt wurde in beide Augen Atropin geträufelt, worauf sich beiderseits eine heftige Conjunctivitis innerhalb 24 Stunden entwickelte, welche zum Aussetzen des Mittels zwang; darauf trat sehr bald ein Nachlass der entzündlichen Erscheinungen ein. Nach Hyoscin trat diese heftige entzündliche Reaction nicht ein, wohl aber zeigten sich trotz der angewandten bekannten Vorsichtsmaassregeln sehr heftige Intoxicationserscheinungen, weshalb auch dieses Mittel ausgesetzt werden musste.

Am 24. III. wurde am rechten Auge die Iridectomie nach oben ausgeführt; nach der Operation kein Mydriaticum eingeträufelt. Am Morgen nach der Operation wurde sodann frisch ausgekochtes Atropin eingeträufelt, worauf sich Abends wiederum eine Conjunctivitis mässigen Grades entwickelt hatte, welche abermals den Fortgebrauch des Atropins contraindicirte. Am 7. IV. wurde nun zu gleicher Zeit in das rechte Auge Atropin, in das linke Auge Scopolamin geträufelt, um die Wirkung der beiden Mydriatica zu vergleichen. Beide Lider waren um diese Zeit noch etwas geschwollen, die Lidbindehaut nur sehr wenig injicirt; rechts war Pupille wie Colobom mittelweit, durch zahlreiche hintere Synechien adhärent; die linke Pupille war rund, untermittelweit, mit einigen ausgefranzten Synechien. Am rechten Auge entwickelte sich nun wiederum bereits wenige Stunden nach der Atropineinträufelung eine heftige Conjunctivitis, die am nächsten Tage nach Scopolamin bereits nachliess; in der Folge gingen dann die entzündlichen Erscheinungen unter Scopolaminbehandlung (täglich 2 Instillationen einer 1 proc. Lösung) fast gänzlich zurück, nur eine leichte Reizung des Auges blieb bestehen. Am linken Auge erfolgte auf Scopolamin keine entzündliche Reaction, welche der nach Atropin eingetretenen auch nur annähernd glich; ausser einer zeitweisen geringen Reizung hatte das Mittel keine weiteren üblen Folgen.

Was die nach längerem Atropingebrauch häufig auftretenden bekannten chronischen Reizzustände der Conjunctiva (Follikelkatarrh, blassrothe Schwellung der Conjunctiva) betrifft, so habe ich auch diese selbst nach längerem Scopolingebrauch nicht beobachtet.

Durch meine an normalen Augen angestellten Versuche bin ich zu demselben Resultate wie Bellarminow gekommen, der, wie bereits erwähnt, dem Scopolamin eine zwar weit energischere, dafür aber keine so anhaltende Wirkung auf Pupille und Accommodation zuschreibt, wie sie das Atropin besitzt. Beim Vergleich der mydriatischen Wirkung einer $^{1}/_{5}$ proc. Scopolaminlösung mit einer ebenso starken Atropinlösung zeigt sich nämlich, dass nach Scopolamin die Pupille bereits innerhalb 15 Minuten übermittelweit wird, während um dieselbe Zeit nach Atropin noch keine Wirkung sichtbar ist; auch das Maximum der Pupillenerweiterung scheint nach Scopolamin zuweilen etwas grösser zu sein, dagegen ist schon am 2. Tage die Pupille nach Scopolamin etwas enger als nach Atropin und erreicht am 3.—6. Tage bereits ihre normale Weite wieder, wenn die Pupille am atropinisirten Auge noch mittelweit und reactionslos ist. Die Dauer der Mydriasis ist daher bei Scopolamin beträchtlich kürzer. Auch beim Vergleich einer $^{1}/_{5}$ proc. Scopolaminlösung mit einer 1 proc. Atropinlösung zeigt sich deutlich die kürzere Wirkungsdauer des ersteren Mittels, und zwar schon am 2. Tage.

Stärkere Lösungen als die 2 pro mill. kamen an Menschenaugen nicht zur Anwendung; an Kaninchenaugen habe ich selbst nach einer 4 promill. Scopolaminlösung schon am folgenden Tage ein Engerwerden der Pupille bemerkt.

Auf die Accommodation wirkt das Scopolamin in gleicher Weise lähmend ein wie das Atropin.

Nach den mitgetheilten Erfahrungen über die Wirkungsweise des neuen Mydriaticums komme ich nun zu folgenden Resultaten:

1) Das Scopolamin entfaltet schon in schwachen Lösungen eine schnellere Wirkung als das Atropin; in starken Lösungen übertrifft es das Atropin vielleicht zuweilen bezüglich des Grades der erzielten Pupillenerweiterung; die Wirkungsdauer dagegen und damit wohl auch die endgültige Kraft der Wirkung ist beim Scopolamin selbst in den stärksten zulässigen Concentrationen eine beträchtlich geringere als beim Atropin.

2) Daher ist in therapeutischer Beziehung in allen Fällen, in denen das Atropin vertragen wird, das Scopolamin diesem Mydriaticum nicht durchgehends als absolut gleichwerthig in seiner endgültigen Wirkung an die Seite zu stellen, in keinem Falle als sicher überlegen zu bezeichnen.

3) Bei bestehender Idiosynkrasie gegen Atropin muss das Scopolamin als das vorzüglichste Ersatzmittel angesehen werden,

da selbst nach längerem Gebrauch desselben keine störenden oder unangenehmen Nebenwirkungen eintreten. Ebenso ist das Scopolamin als werthvolles Mydriaticum bei allen jenen Entzündungszuständen des Auges zu bezeichnen, welche das Atropin wegen seiner druckerhöhenden Wirkung contraindiciren.

4) Als Mydriaticum zu diagnostischen Zwecken wird nach wie vor das Cocain als das geeignetste Mittel zu bezeichnen sein, da das Scopolamin für solche Zwecke doch eine zu lange Wirkungsdauer hat.

Aus der k. Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen.

Zwölf Fälle von Placenta praevia.

Von Dr. *Rueder*, z. Z. Hamburg-Eppendorf, früher Assistent der Frauenklinik in Erlangen.

In einer Sitzung der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin im Jahre 1882 veröffentlichte Dr. Hofmeier, als damaliger Leiter der Berliner Poliklinik, seine Erfahrungen, die er an der Hand von 46 durch Placenta praevia complicirten Geburtsfällen gesammelt hatte.

Bei der Mehrzahl dieser Geburten wurde von ihm die von Braxton Hicks schon im Jahre 1860 empfohlene Methode der combinirten Wendung als die zweckentsprechendste gewählt und aufs Wärmste dieses active Verfahren, besonders den weiteren Kreisen der praktischen Aerzte bei dieser Gelegenheit empfohlen.

Bis heute ist seitens der praktischen Aerzte der ebenfalls in jener Sitzung ergangenen Aufforderung, durch Veröffentlichung ihrer Beobachtungen in der eigenen Praxis zur Klärung der Frage, welche Behandlungsmethode bei Placenta praevia die empfehlenswertheste ist, wenig Folge geleistet worden, und soweit meine Beobachtungen gehen, ist auch die neue Methode der combinirten Wendung in den Kreisen der praktischen Aerzte noch nicht allgemein acceptirt worden.

Bei Durchsicht der einschlägigen Literatur, die fast ausschliesslich Namen aus den Kreisen der Specialisten für Geburtshülfe aufweist, finden wir zwei entgegengesetzte Richtungen hauptsächlich vertreten.

Behm[1]), Lomer[2]) und Nordmann[3]) treten auf's lebhafteste für die neue active Methode ein, dieselbe eindringlichst empfehlend, während andere, wie Sippel[4]), Hennig[5]) und Panienski[6]) mehr der abwartenden Methode, d. h. Tamponade bis zu einer für innere Wendung genügenden Erweiterung des Muttermundes das Wort reden.

Prof. Gusserow selbst äussert sich dahin[7]), dass er bezweifele, ob, von praktischen Aerzten ausgeführt, die active Methode dieselben günstigen Erfolge aufzuweisen haben würde, wie sie uns in den Berichten der Specialisten entgegentreten.

Es sind dieses, soweit ich Gelegenheit fand, die Literatur durchzusehen, die hauptsächlichsten hier in Frage kommenden Daten.

Da ich nun in Erlangen in der Klinik und Poliklinik des Herrn Prof. Dr. Frommel als Assistent Gelegenheit hatte, eine Anzahl von Fällen von Placenta praevia zu beobachten, so sei es mir gestattet, über diese Geburten, sowie über mehrere vor meiner Zeit in Erlangen vorgekommenen Fälle in Kürze zu berichten.

Fall I. Placenta praevia centralis.

Frau L., 39 Jahre alt, hat 11 mal geboren, ohne ärztliche Hülfe zu gebrauchen.

Befund Früh 6 Uhr: X. Monat. Becken normal. Herztöne gut. Wehen schwach und selten auftretend.

II. Querlage, II. Unterart. Cervix erhalten. Muttermund für einen Finger durchgängig, nach links oben hinter der Symphyse narbig verzogen. Blase gesprungen. Der eingeführte Finger stösst auf Placentar-Gewebe, Blutabgang mässig, aber andauernd. In letzter Nacht reichlicher Blutabgang. Während der Schwangerschaft kein Blutverlust. Spülung der Vulva und Vagina mit 3 proc. Carbollösung und Tamponade mit Jodoformgaze. Blutung steht. Mittags 2 Uhr Eintritt heftiger Wehen. 2½ Uhr Entfernung der Tamponade. Herztöne beschleunigt. Heftige Blutung. Cervix verstrichen. Muttermund für zwei Finger knapp durchgängig. Vorliegender Theil nicht zu fühlen, dagegen fühlt man den Muttermund noch vollkommen von Placentar-Gewebe bedeckt. — Während der Exploration zunehmende Blutung. Nochmals Auswaschung der Scheide mit 3 proc. Carbollösung, dann combinirte Wendung, die durch die narbige Vorziehung des Muttermundes sehr erschwert wurde.

Infolge Durchbohrung der Placenta profuse Blutung, die aber nach geschehener Wendung durch den tamponirenden Steiss vollkommen zum Stillstand gebracht wird.

Allmähliche Extraction, die etwa 1¾ Stunden in Anspruch nimmt, da erst nach ¾ Stunden die inzwischen sistirten Wehen wieder einsetzen.

Circa ½5 Uhr Extraction eines todten ausgetragenen Knaben. — Nach Austritt des Kindes wieder profuse Blutung. Kreissende collabirt. Aether-Injection. Nach Entfernung der Placenta durch Credé'schen Handgriff steht die Blutung. Wöchnerin erholt sich rasch wieder und macht ein durchaus ungestörtes Wochenbett durch. Die Besichtigung der Placenta ergab, dass die eingeführten Finger die Placenta durchbohrt hatten.

Fall II. Placenta praevia centralis.

Frau S., 25 Jahre alt, VI para. Alle Geburten rasch aufeinander folgend. Alle normal verlaufen. Stets sehr grosse Kinder. Becken normal. Anfang April ca. letzte Regel.

24. V. leichte Blutung, ¼ Stunde dauernd.

20. VIII. Erste Kindesbewegungen. Im 6. Monat 3 Tage lang ziemlich bedeutende Blutung. Kein Arzt wurde zugezogen. —

21. XII. Abends 8 Uhr profuse Blutung.

Befund: X. Monat, I. Schräglage. Kopf auf der linken Darmbeinschaufel. Cervix noch vollkommen erhalten. Muttermund für einen Finger durchgängig. Placenta vorliegend, Blase steht.

Gründliche Auswaschung der Vagina. Jodoformgazetamponade, Bettruhe.

22. XII. 7 Uhr Abends Entfernung der Tamponade. Kein Blutabgang mehr. Wehen vollkommen sistirt. Bettruhe und Beckenhochlagerung.

26. XII. Parturiens ist gegen ärztlichen Rath aufgestanden. In Folge dessen ½8 Uhr Abends wieder Eintritt der Blutung. Cervix noch immer erhalten. Muttermund noch nicht für 2 Finger durchgängig. Wehen schwach. Tamponade erneuert. ½11 Uhr kräftige Wehen. Tamponade entfernt. Cervix verstrichen. Muttermund für etwa 2 Finger durchgängig. Muttermund von Placentar-Gewebe bedeckt. Trotz der Blutung wurde rasch nochmals Spülung der Vagina vorgenommen. Durchbohrung der Placenta. Wendung gelingt rasch, aber die Durchleitung des Fusses durch den engen Muttermund macht grosse Schwierigkeiten. Blutverlust während dieser Manipulation enorm.

Nach geschehener Wendung Herztöne sehr beschleunigt. Wehen schlecht. Blutung beseitigt. Extraction nahm eine Stunde in Anspruch, da die Wehen erst ganz allmählich wieder an Kraft zunehmen. 12½ Uhr Extraction eines todten sehr kräftig entwickelten Kindes.

Der weitere Verlauf im Wochenbett war ungestört, nur trat am 4. Tage Temperatursteigerung bis 38,2 ein. — Nach kräftiger Stuhlentleerung Abfall der Temperatur. Die Besichtigung der Placenta bestätigte die Durchbohrung mit den eingeführten Fingern.

Fall III. Placenta praevia marginalis; Gemini.

Sch., 26 Jahre alt, I para. Angaben über letzte Periode ungenau. Befund: Abdomen sehr stark vorgewölbt. Wehen sehr kräftig. Muttermund verstrichen. Profuse Blutung. Kleiner Kopf im Becken I. Hinterhauptslage.

Da die Herztöne sehr beschleunigt sind und das Fruchtwasser verfärbt abgegangen, konnte nicht mehr genauere Untersuchung vorgenommen werden, ob Gemini vorhanden, worauf der Umfang des Leibes und der verhältnissmässig kleine Kopf hinwiesen.

Extraction des Kopfes mit Forceps gelang rasch ohne Verletzung des Dammes. Kind schwach entwickelt, aber nicht asphyktisch. Gleich nach Austritt des ersten Kindes war die Diagnose Gemini klar. Wegen fortdauernder jetzt profuser Blutung wurde sofort zur Wendung des in I. Querlage liegenden zweiten Kindes geschritten, nach Sprengung der Blase. Der zweite, hoch zurückgeschlagene Arm musste, da Collaps drohte, gewaltsam gelöst werden.

Dennoch wurde auch das zweite Kind lebend extrahirt. Eine Infraction des Humerus verheilte nach 14 tägiger Fixirung des Armes am Thorax. — Beide Placenten traten spontan aus. Bei der zuerst ausgestossenen zeigte sich am Stand ein grösseres Blutcoagulum. Eihautriss hart am Placentarrande.

Bei dieser Wöchnerin trat in Folge Infection eines kleinen Dammrisses durch schmutzige Stopftücher Temperatursteigerung im Wochenbett bis zu 40,0 ein. Die Fiebersteigerungen hielten etwa 14 Tage an. Nach 4 Wochen konnte Wöchnerin aus der Behandlung ent-

1) Behm, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie IX.
2) Lomer, Berliner klinische Wochenschrift, 1888.
3) Nordmann, Archiv für Gynäkologie u. Geburtshülfe, XXXII, pag. 144.
4) Sippel, Centralblatt für Gynäkologie u. Geburtshülfe, VIII, 1884, No. 48.
5) Hennig, Centralblatt für Gynäk. u. Geburtsh., No. 19, 1890.
6) Panienski, Inaug.-Dissertation, 1882, Berlin. (Bericht über 38 Fälle der Gusserow'schen Klinik.)
7) Berliner klin. Wochenschrift, 1882, No. 34, pag. 500.

lassen werden. Eines der beiden Kinder ist, wie ich höre, nach einem Monat gestorben.

Fall IV. Placenta praevia lateralis. Nabelschnurvorfall. Armvorfall.

Frau O., 40 Jahre alt, XII para. Die ersten 8 Entbindungen spontan. 9. Geburt Wendung wegen Querlage. 10. Geburt im 8. Monat erfolgt. Kind gestorben. 11. Geburt spontan beendet. Kind gestorben. Jetzt 12. Gravidität im 10. Monat.

Befund: Becken normal. II. Querlage. Herztöne gut. Wehen kräftig. Heftige Blutung. Cervix verstrichen. Muttermund für 3 Finger durchgängig. Blase gesprungen. Arm und lange pulsirende Nabelschnurschlinge in der Scheide. Wegen der heftigen Blutung wurde sofort zur Beendigung der Geburt geschritten. Nach energischer Desinfection der Geburtswege wurde combinirte Wendung vorgenommen, da die ganze Hand nicht durchführbar.

Nach der Wendung dehnte sich der Muttermund rasch.

Trotz Nabelschnurvorfall und der Complication mit Placenta praevia gelang es, ein lebendes, wenn auch ziemlich asphyktisches Kind zu entwickeln, das nach Anwendung von Schulze'schen Schwingungen sich bald erholte. — Der Uterus contrahirte sich gut und die Blutung, die nach Austritt des Kopfes im geringen Maasse wieder eingesetzt hatte, stand nach Anwendung des Credé'schen Handgriffes und Entfernung der Placenta sofort.

Eihautriss scharf am Rande der Placenta. Das Wochenbett dieser Frau verlief durchaus normal.

Als Nachtrag zu diesem 4. Fall sei es mir gestattet eine gleich nach Austritt der Placenta vorgekommene Complication noch zu besprechen. Wegen der von der Hebamme vor Eintreffen ärztlicher Hülfe vorgenommenen Tamponade wurde eine gründliche Ausspülung des Uterus und der Scheide nach der Geburt eingeleitet. Bei Beginn der Spülung nun, bei welcher übrigens Miteinführung von Luft durch den Schlauch sorgfältig vermieden war, collabirte die Wöchnerin ganz plötzlich. Hochgradige Cyanose, kleiner fadenförmiger, sehr beschleunigter Puls, aussetzende, langsam schlürfende Athmung. Wöchnerin griff mit beiden Händen nach der Herzgegend und verfiel in convulsivische Zuckungen. Sofort spülte ich einige Liter reines Wasser der Carbollösung nach, um, da die Möglichkeit einer Intoxication naheliegend, jede weitere Resorption zu verhindern, und verabreichte Aetherinjectionen.

Die Wöchnerin erholte sich sehr bald wieder und klagte über keinerlei Beschwerden. Auch im Urinbefunde wurde keine Veränderung bemerkt und das Verhalten des Pulses war wie vorher wieder gut.

Dass wir es in diesem Falle mit einer einfachen Ohnmacht zu thun gehabt, dagegen spricht der Allgemeinzustand der Patientin, der vorher gute Puls und besonders das momentane Auftreten und direct gleichzeitig Zusammenfallen des Collapses mit der Einwirkung der Spülung. Der vorher ungestörte Puls setzte plötzlich aus und im Gesicht zeigte sich zugleich hochgradige Cyanose. Gegen Carbolintoxication, die ja naheliegend scheint, spricht das Fehlen jeder nachträglichen Beschwerden und Störungen.

Bei gelegentlicher Durchsicht der von Jürgensen über Lufteintritt in das Blutcirculationssystem angestellten Versuche[8]), sowie der von Kramer[9]) über dieses Thema veröffentlichten Arbeit kam mir der Gedanke, ob ich den Collaps bei dieser Wöchnerin nicht als einen jener seltenen Fälle von vorübergehender Circulation geringer Luftmenge im Blutkreislauf anzusehen habe. Eine definitive Entscheidung über die Deutung dieses Falles wage ich nicht zu treffen. Ich erwähne nur noch, dass bei der ärmlichen Ausstattung der Wohnung eine für die Spülung zweckentsprechende Lagerung der Wöchnerin sehr erschwert war. Dieselbe lag mit dem Kreuz über dem hohen Rand des Bettes und war mit dem Oberkörper in's Bett zurückgesunken, so dass also der intraabdominelle Druck sehr herabgesetzt sein musste. Wie schon oben erwähnt, verlief das Wochenbett des Weiteren durchaus normal.

So weit die von mir selbst geleiteten Geburten.

Die nun folgenden 8 Fälle wurden während und vor meiner Zeit in Erlangen beobachtet.

Fall V. Placenta praevia marginalis.

L. Sch., 21 Jahre alt, II para. Erste Geburt normal. VII. Monat. Becken normal. Schädellage. Keine Blutung in der Schwangerschaft. 22.IX.90 kommt Kreissende Nachts mit heftiger Wehenthätigkeit wegen profuser Blutung in die Klinik.

Befund: Kopf über dem Beckeneingang. Blase steht. Herztöne nicht zu hören. Cervix erhalten. Muttermund für einen Finger durchgängig. Am Rande des Muttermundes fühlte man deutlich Placentargewebe. Heftige Blutung. Nach Desinfection der äusseren Genitalien und der Scheide mit Jodoformgaze austamponirt.

23.IX. Früh 8 Uhr: Tamponade erneuert. Befund wenig verändert. Mittags 1 Uhr 30 Min.: Muttermund verstrichen. Blase wird gesprengt. 1 Uhr 45 Min.: Spontane Entbindung in Hinterhauptlage. 7 Monate alter Knabe. 5 Minuten später Austritt der Placenta. Blutung steht.

Fieberfreies Wochenbett. Entlassung am 10. Tage.

Fall VI. Placenta praevia marginalis.

Frau C. R., 26 Jahre alt, III para. Erstes Kind perforirt. Zweite Schwangerschaft durch künstliche Frühgeburt beendet. Kind todt. Zeit der letzten Regel nicht anzugeben. Keine Blutungen in der Schwangerschaft.

Befund IX. Monat: Querlage. Plattrachitisches Becken. Conj. diag. 9 cm. Kind lebt.

10. XII. 90, 1 Uhr Mittags: Frühgeburt eingeleitet durch Einführung eines Bougies und Jodoformgazetamponade des Cervix und der Vagina. Abends Auftreten schwacher Wehenthätigkeit.

11. XII. Wehen lassen nach. Befund unverändert, nur zeigt sich der Cervix etwas verkürzt.

12. XII. 7 Uhr Abends. Wehen beginnen wieder. Blasensprung. Entleerung reichlicher Mengen Blutcoagula.

Befund: Herztöne gut. Wehen kräftig. Querlage. Blutung nicht sehr bedeutend. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Placenta deutlich zu fühlen. 7 Uhr 15 Min. Combinirte Wendung. Blutung steht. Langsame Extraction. 9 Uhr 50 Min. Muttermund verstrichen. Herztöne noch gut. Nunmehr Extraction. Armlösung sehr schwierig. Unreifes lebendes Mädchen, 40 cm lang. Nach Austritt des Kindes, das die Nabelschnur um den Hals geschlungen trägt, steht die Blutung. 10 Uhr 10 Min. Spontaner Austritt der Placenta. Das asphyktische Kind stirbt nach 1 Stunde. Wochenbett normal.

Fall VII. Placenta praevia centralis.

Frau M., 24 Jahre alt, I para. In der Schwangerschaft keine Blutungen. Uebrige Angaben ungenau. Am Ende des VI. Monats plötzlich heftige Kreuzschmerzen und Eintritt profuser Blutung. Der hinzugerufene Arzt tamponirte mit in 3proc. Carbollösung getauchter Watte, worauf die Blutung stand. Am folgenden Tage bei Entfernung der Tamponade heftige Blutung. Wehen jetzt kräftig. Blase steht. Vorliegender Kopf über dem Becken. Muttermund für 2 Finger durchgängig und mit Placentargewebe bedeckt. Genauere Untersuchung wegen Blutungsgefahr unterlassen.

Der hinzugerufene Assistenzarzt der Klinik, Herr Dr. Jahreis, schritt sofort zur combinirten Wendung, die bei der Enge der Vagina sehr schwierig war. Nach der langsamen Extraction des ersten Kindes dauerte die Blutung fort. Sogleich wurde deshalb die innere Wendung des zweiten Kindes vorgenommen und, da nach Austritt des Kopfes die Blutung fortdauerte, sofort die Placenta durch Credé'schen Handgriff exprimirt. Beide Kinder Tod. Normales Wochenbett.

Fall VIII. Placenta praevia lateralis.

M. Sch., 20 Jahre alt, Ipara. Letzte Regel angeblich im März. Während der Schwangerschaft keine Blutung.

In der Nacht vom 30. zum 31. XII. 89 Eintritt von Kreuzschmerzen. Gegen Morgen ca. 8 Uhr Eintritt heftiger Blutung.

Befund: IX. Monat. Kleiner Kopf im Beckeneingang. Herztöne gut. Muttermund für 1 Finger kaum durchgängig. Cervix erhalten. Blase steht. I. Hinterhauptslage.

Therapie: Bettruhe, Spülung der Vagina mit Sublimat 1,0 : 4000,0. Jodoformgazetamponade.

31. XII. Abends 7 Uhr Tamponade entfernt. Blutung steht. Bettruhe.

Am 3. I. früh 6 Uhr kommt Kreissende mit verstrichenem Muttermund auf den Kreisssaal. Kopf jetzt tief im Becken. Zur Aufnahme genaueren Befundes fehlt die Zeit, da Herztöne verschlechtert.

Bei Spülung der Vagina springt die Blase. Fruchtwasser verfärbt. — Forceps. Kind lebt. Keine Blutung. Spontaner Austritt aus der Placenta, die den Eihautriss am Rande zeigte. Wochenbett normal. Das Kind trägt nicht alle Zeichen der Reife. 2000 g schwer, 47 cm lang.

Fall IX. Placenta praevia lateralis.

M. Schl., 22 Jahre alt, Ipara. In der Schwangerschaft keine Blutungen.

Befund: Becken normal. X. Monat. Schädellage. Herztöne gut. Blutabgang aus der Vagina. Cervix verstrichen. Muttermund für 1 Finger durchgängig. In der Vagina grössere Mengen Blutcoagula. Muttermund, soweit derselbe eröffnet, mit Placentargewebe bedeckt. Bettruhe. Genaue Beaufsichtigung. Keine Tamponade.

5. XII. Nachts 2 Uhr Muttermund für 3 Finger durchgängig. Keine Blutung.

3 Uhr 30 Minuten. Wehen häufiger und sehr kräftig. Blasensprung. Kopf tritt mit einigen Wehen tief in's Becken und innerhalb weniger Minuten erfolgt spontane Geburt. Kind lebt. Placenta mit Credé'schem Handgriff entfernt.

Eihautriss scharf am Placentarrand. Normales Wochenbett.

Mutter und Kind am 10. Tage entlassen.

Fall X. Placenta praevia lateralis.

F., 26 Jahre alt, VIIpara. Frühere Geburten normal. Keine Angaben über Blutungen in der Schwangerschaft. 1. Blutung 2 Tage ante partum.

---

[8]) Jürgensen, Deutsches Archiv für klinische Medicin, XXXI.
[9]) Kramer, Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäkologie, XIV.

17. V. 86. Wehenbeginn und zugleich Eintritt heftiger Blutung. Der hinzugerufene Arzt tamponirte mit Jodoformgaze und liess die Kreissende in die Klinik schaffen.

Befund: VII. Monat. Becken normal. Schädellage. Herztöne gut. Wehen kräftig. Heftige Blutung. Kopf über dem Beckeneingang. Muttermund 5markstückgross und in demselben deutlich ein Placentarlappen zu fühlen. Blase steht. Es wird sofort zur combinirten Wendung geschritten und nach vollendeter Wendung langsam extrahirt. Blutung steht. Kind unreif, lebend. 12 Stunden post part. Exitus letalis des Kindes. Wochenbett normal.

Am 10. Tage Entlassung.

Fall XI. Placenta praevia marginalis.

Frau M. Cl., 27 Jahre alt, Vpara. Eine Frühgeburt. Sonstige Angaben über frühere Geburten fehlen.

Im Beginne des VIII. Monats mehrere Tage Blutung. 3 Tage ante partum tritt wieder Blutung auf; Hebamme tamponirte.

23. II. 85. Aufnahme. Wegen Blutung Kolpeurynter eingelegt. Kräftiger Wehenbeginn 25. II. 85 8 Uhr Morgens.

Befund: Becken normal. Herztöne nicht zu hören. Muttermund 3markstückgross. — Steiss über dem Becken. Blase steht. — Kolpeurynter erneuert. 10 Uhr Muttermund für 3 Finger durchgängig. Kolpeurynter nochmals eingelegt, da Blutung fortdauert. 12 Uhr Muttermund verstrichen. Blase wird gesprengt. Steiss tritt nun tiefer und die Blutung steht.

12 Uhr 30 Minuten spontane Geburt eines todtfaulen Kindes.

Post partum heftige Blutung. Credé'scher Handgriff ohne Erfolg. Deshalb manuelle Lösung der Placenta und Spülung des Uterus. Nach Entfernung der Placenta, die den Eihautriss dicht am Rande zeigt, steht die Blutung.

Kind todtfaul. Bis zum 5. Tage Abends Temperatur 39,2. — Späteres Wochenbett normal.

Fall XII. Placenta praevia marginalis.

M. Schm., 29 Jahre alt, IIIpara. 2 Frühgeburten. Seit 3—4 Wochen geringer Blutabgang. Vor der Aufnahme in die Klinik heftige Blutung. Hebamme hat tamponirt.

Aufnahme 1. VII. 85. Entfernung der ausserhalb vorgenommenen Tamponade. Blutung steht. Spülung der Vagina.

2. VII. Keine Blutung.

Befund: X. Monat. Schädellage. Becken normal. Herztöne gut. Kopf über dem Becken. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Vorwasser abgeflossen. Rand der Placenta zu fühlen.

3. VII. Theilweiser Abfluss von Fruchtwasser. Keine Blutung.

4. VII. 10 Uhr Vormittags heftige Blutung. Tamponade mit Jodoformgaze.

5. VII. 10 Uhr. Tamponade entfernt. Fruchtwasser stark übelriechend und reichlich mit Blut vermengt. — Wehen kräftig.

11 Uhr spontane Geburt. Kind lebt.

Temperatur der Wöchnerin 40,0. — Da Credé'scher Handgriff ohne Erfolg und Temperatur ansteigend, wird um 1 Uhr Lösung der Placenta und Spülung des Uterus vorgenommen. Zustand, der vorher sehr bedrohlich, bessert sich.

Temperatur fällt beständig ab.

Am 2. Tage des Wochenbettes bereits 37,7. Am 3. Tage Abends wieder 38,0. Weiterer Verlauf des Wochenbettes normal.

Nach dieser kurzen Darstellung des Verlaufes der einzelnen Fälle möchte ich mir noch erlauben, einige erklärende Bemerkungen und einige Worte über die Wahl der Therapie hinzuzufügen.

Unter der Bezeichnung Placenta praevia centralis sind die Fälle genannt, bei welchen der untersuchende Finger im Bereich des Muttermundes nur auf Placentar-Gewebe stiess und in der für 2 Finger passirbaren Oeffnung des Muttermundes nirgends Eihäute zu erreichen waren.

Unter der Rubrik Placenta praevia lateralis stehen diejenigen Fälle, bei denen der Mm. von einem Placentarlappen ganz oder zum Theil bedeckt war, wo aber immer die Eihautgrenze sich erreichen liess und deshalb bei combinirter Wendung von einer Durchbohrung der Placenta nach Hofmeier'scher Angabe abgesehen werden konnte.

Unter der Bezeichnung Placenta praevia marginalis vereinigte ich die Fälle, bei denen der untersuchende Finger seitlich vom Mm.-Rande deutlich Placentar-Gewebe fühlte oder die Placentar-Besichtigung p. part. ergab, dass der Eihautriss hart am Rande der Placenta erfolgt war.

Sämmtliche Operationen wurden in Narkose ausgeführt.

Gegenüber der Zahl der Fälle jener im Beginn dieser Arbeit erwähnten Veröffentlichungen ist die Reihe meiner Beobachtungen zu gering, als dass ich mit Recht die eine oder andere Methode der Therapie bei Placenta praevia als die allein empfehlenswerthe hinstellen könnte, doch aber glaube ich aus dem Gesehenen folgende Schlüsse ziehen zu können.

Für jeden Arzt, der bereits häufiger Gelegenheit hatte, geburtshülflich operativ thätig zu sein, empfiehlt es sich, in jedem Falle von Placenta praevia die active Methode der combinirten Wendung, sobald Cervix und Muttermund für 2 Finger durchgängig sind, zu wählen, denn in der Hand des Geübten ist diese Art der Entbindung entschieden als die zweckdienlichste, heilbringendste und deshalb idealste anzuerkennen.

Dass aber die combinirte Wendung bei Placenta praevia in jedem Falle unumgänglich nothwendig, glaube ich auf Grund des Verlaufes der von mir beschriebenen Fälle bestreiten zu dürfen. Geht aus denselben doch hervor, dass, durch besondere Umstände veranlasst, relativ sehr häufig eine Tamponade nach moderner Methode vorgenommen werden musste. Lehrt nun der Erfolg, dass diese ohne irgend wesentliche Gefahr für die Kreissende geschehen kann, so ist meiner Ansicht nach damit bewiesen, dass es nicht immer unbedingt nothwendig ist, sofort bei Placenta praevia mit der Wendung vorzugehen, sondern, dass auch die Tamponade, wenn sie richtig ausgeführt wird, ihre früher unleugbaren grossen Gefahren verloren hat. Auf diese Art kann also ein in geburtshülflichen Operationen weniger erfahrener Arzt sich mit der Tamponade in den meisten Fällen zunächst behelfen und abwarten, bis die Geburt soweit fortgeschritten ist, dass die Wendung nach Erweiterung des Muttermundes leichter wird. Die Geübteren aber werden, wie gesagt, die bewährte Hofmeier'sche Methode beibehalten, welche immerhin als die idealere aufzufassen ist.

Zum Schluss möchte ich noch die Frage berühren, ob als Tamponade-Material für den praktischen Arzt die Jodoform-Gaze oder der Colpeurynter mehr zu empfehlen, und zwar möchte ich zu Gunsten der Jodoformgaze mich entscheiden aus folgenden Gründen:

Erstens ist die Sterilisirung und Erhaltung im zweckdienlichen Zustande beim Colpeurynter sehr viel schwieriger.

Zweitens ist bei Multiparen, bei klaffender Vulva, weiter Vagina und schlaffem Beckenboden, und um solche handelt es sich ja meistens bei Placenta praevia, die Tamponade mit Colpeurynter höchst unsicher, ja manchmal gar nicht möglich.

Drittens wäre jedenfalls eine Auswahl von mehreren Exemplaren des Colpeurynters nothwendig, wodurch dann das Instrumentarium wieder erheblich complicirter würde. —

Der leichteren Uebersicht halber lasse ich hier eine kurze Uebersicht obiger 12 Fälle noch folgen:

I. Placenta praevia centralis.

3 Fälle: No. I, II, VII (1mal Gemini).
Lage: 1 Kopflage, 2 Querlagen, 1 Schräglage.
Zahl der Geburten: 1 Primipara, 2 Multiparae.
Operation: 3 combinirte Wendungen, 1 innere Wendung, 3 mal Jodoformgaze-Tamponade.
Wochenbett: Stets normal (eine Steigerung 38,2).
Kinder: Alle gestorben (2 mal Frühgeburten).

II. Placenta praevia lateralis.

4 Fälle: No. IV, VIII, IX, X.
Zahl der Geburten: 2 Primiparae, 2 Multiparae.
Lage: 3 Schädellagen, 1 Querlage mit Nabelschnur- und Arm-Vorfall.
Operation: 2 combinirte Wendungen, 1 Zange, 2 mal Jodoformgaze-Tamponade.
Wochenbett: Immer normal.
Kinder: Alle lebend.

III. Placenta praevia marginalis.

5 Fälle: III, V, VI, XI, XII.
Zahl der Geburten: 1 Primipara, 4 Multiparae.
Lage: 3 Schädellagen, 1 Steisslage, 2 Querlagen (Gemini).
Operation: 1 combinirte Wendung, 1 Zange, innere Wendung, 3 mal Jodoformgaze-Tamponade.
Wochenbett: 2 mal normal, 3 mal mit Fieber (2 Placenta-Lösungen).
Kinder: 3 gestorben, 2 Frühgeburten, 3 Kinder lebend.

Ein Fall von syphilitischem Initialaffect auf der vorderen Bauchwand.

Von Dr. *J. Schnabel*, prakt. Arzt in Reichenberg (Böhmen).

Luetische Infectionen an ausserhalb der Genitalsphäre liegenden Körperstellen sind in mehrfacher Hinsicht von erhöhtem Interesse. In erster Linie wohl wegen ihrer oft dunkeln Aetiologie, die bald mit einer naturwidrigen Befriedigung des Geschlechtstriebes, bald mit einer Ausserachtlassung der nöthigen Vorsicht im Umgange und der Behandlung Syphilitischer in Zusammenhang zu bringen ist, dann aber auch wegen der nicht selten schweren Formen specifischer Erkrankung, welche sie einleiten.

Von diesen Erwägungen ausgehend erlaube ich mir nachfolgend über einen Fall zu berichten, bei welchem die Eingangspforte des Syphiliscontagiums an einer Stelle der allgemeinen Decke sich befand, die bislang wohl nur ganz vereinzelt, wenn überhaupt, als Sitz eines specifischen Ulcus beschrieben wurde. Leider fehlt es mir in meinem jetzigen Wirkungskreise an Literaturbehelfen, um diesbezüglich Genaueres anzugeben.

Mein Fall betrifft einen 28jährigen jungen Mann, Geschäftsreisenden, der sich bis zum Beginn dieses Jahres stets der besten Gesundheit erfreute.

Anamnestisch war von meinem Patienten ungefähr folgendes zu eruiren. Bis auf einen vor mehreren Jahren acquirirten Harnröhrentripper, der in einigen Wochen ohne Spuren zurückzulassen heilte, sei er weder geschlechtlich noch in einer anderen Beziehung krank gewesen; auch stamme er aus einer ganz gesunden Familie.

Am 2. Februar d. Js. bemerkte er unterhalb des Nabels eine kreuzergrosse „offene Stelle“, die ein wenig nässte. Patient, damals eben auf einer Reise begriffen, suchte alsbald einen Arzt in dem kleinen Orte H. bei Pilsen auf, welcher die Wunde mit einer Salbe verband, deren Zusammensetzung nicht näher zu eruiren ist. Da sich die „offene Stelle“ nicht schliessen wollte, besuchte Patient am 22. Februar in Karlsbad einen Collegen, der Jodol verordnete und nach ungefähr 8tägiger fruchtloser Anwendung dieses Mittels über die nunmehr thalergrosse Geschwürsfläche mit dem Lapisstifte fuhr; erst jetzt soll das Geschwür einigermaassen zur Vernarbung tendirt haben.

Von seiner Reise zurückgekehrt wurde Patient beiläufig 14 Tage von einem Collegen mit verschiedenen Salben, so z. B. mit Borsalbe verbunden. Mittlerweile soll sich auch die Wunde einmal geschlossen haben, doch scheint die Vernarbung nur wenig solid gewesen zu sein und grosse Neigung zum Zerfalle gezeigt haben.

Am 15. März kam Patient, schon äusserst desolat über seine zu keiner Heilung gelangende Krankheit, der er im Anbeginne gar keine Bedeutung zuschrieb, in meine Behandlung.

Ich fand nun bei demselben ein flaches, nahezu thalergrosses, seichtes, gereinigtes Geschwür, 10 cm unterhalb des Nabels, fast handbreit über dem oberen Symphysenrande median gelegen; Ränder und Grund des Geschwüres mässig infiltrirt. In der rechten Leistenbeuge eine nicht druckempfindliche Drüse.

Unverweilt legte mir der recht intelligente Kranke die Frage nach der Natur des ihn belästigenden, hartnäckigen Uebels vor, eine Frage, die zuvörderst von mir nicht mit aller Entschiedenheit beantwortet werden konnte, wohl aber mit der ihn äusserst überraschenden Vermuthung, dass er syphilitisch inficirt sei.

Was mich in diesem Falle an Syphilis denken liess, war in erster Linie die dem Braunrothen sich nähernde Färbung des Geschwürsrandes, dieser syphilitischen Efflorescenzen eigenthümliche Farbenton. Der Umstand, dass Rand und Basis des Geschwürs nicht jene der typischen Sklerose zukommende derbe, charakteristische Infiltration aufwiesen, machte mich in meiner Vermuthung nicht wankend, da es ja gegenwärtig nicht mehr zweifelhaft ist, dass der syphilitische Initialaffect nicht immer in Form einer Sklerose auftreten müsse.

Die Möglichkeit einer bestimmten Ausschliessung anderer Processe, so z. B. eines Traumas, einer tuberculösen oder carcinomatösen Erkrankung stützte meinen Verdacht.

Es bedarf nicht besonderer Hervorhebung, dass ich das Genitale des Kranken gründlichst nach etwa vorhandenen Narben untersuchte, die an eine frühere Infection hätten denken lassen.

Ich beschränkte mich in der ersten Zeit meiner Beobachtung auf Touchirungen mit schwacher Lapislösung und konnte bemerken, dass unter deren Einflusse das Geschwür allmählich kleiner wurde.

Gegen Ende des Monates März bekam Patient ein reichliches maculöses Exanthem und jetzt war natürlich für mich der letzte Zweifel über die syphilitische Natur des ganzen Processes gewichen.

Patient bekam graues Pflaster und eine Injection mit 3proc. Sublimatlösung.

Herr Dr. Pritzi, dem sich der Kranke, der jetzt wieder verreisen musste, in Innsbruck vorstellte, soll die Ansicht ausgesprochen haben, dass die luetische Infection höchst wahrscheinlich durch den Lapisstift des Arztes, der ungefähr 6 Wochen vor Ausbruch des Exanthems die „offene Stelle“ (Eczema madidans?) touchirte, herbeigeführt worden sei. Diese Ansicht hat etwas Bestechendes, weil dann die zeitliche Aufeinanderfolge von Infection und Beginn des Ausschlages mit unseren Erfahrungen über die Dauer der 2. Incubationsperiode in gutem Einklange stünde. Immerhin kann die Anschauung des Herrn Pritzi nur als Erklärungsversuch gelten und muss zugestanden werden, dass der eben berichtete Fall von extragenital erworbener Syphilis ätiologisch nicht ergründet ist.

Schliesslich sei bemerkt, dass mein Patient nach 40 Einreibungen mit grauer Salbe derzeit als geheilt betrachtet werden kann.

Hygienische Einrichtungen und Verbesserungen in Bayern anlässlich der Choleragefahr 1892.

Gutachten des k. Obermedicinal-Ausschusses.

Referent: Obermedicinalrath Dr. *Max Braun.*

Das k. b. Staatsministerium des Innern beauftragte in Folge Berichterstattung der Delegirten der Aerztekammer von Oberbayern über sanitäre Einrichtungen und Verbesserungen anlässlich der Choleragefahr durch eine Entschliessung vom 19. December 1892 sämmtliche Regierungen, Kammern des Innern, durch die Districtsverwaltungsbehörden unter Mitwirkung der Bezirksärzte erheben zu lassen, welche Einrichtungen in Bezug auf Krankenanstalten, Krankenpflege, Krankentransportwesen, Baracken, auf Pflege der öffentlichen Reinlichkeit, auf Canalisation, Abortwesen, Schlachthäuser, öffentliche Brunnen, Desinfectionsanstalten und Aehnliches entstanden sind, welche von denselben einen bleibenden Bestand haben und welche von nur vorübergehender Bedeutung waren. Die eingelangten Berichte wurden den Kreismedicinalausschüssen zur gutachtlichen Aeusserung mitgetheilt. Den 21. April 1893 erhielt der k. Obermedicinalausschuss die eingekommenen Berichte der k. Kreisregierungen sammt deren Beilagen zur gutachtlichen Berichterstattung.

Ich erlaube mir, die Ergebnisse dieser Berichte dem hohen Collegium in Vorlage zu bringen.

Eine numerische Angabe der Maassnahmen ist bei der Ungleichheit der Berichte einzelner Kreisregierungen nicht möglich. Eine strenge Scheidung der getroffenen Einrichtungen in solche von vorübergehender und solche von dauernder Natur war nach der Art der Berichterstattung der einzelnen Kreise nicht durchführbar. Beiderlei Einrichtungen gehen vielfach in einander über.

Als Maassregeln von bleibender Bedeutung dürften bezeichnet werden:

1) Gründung und Einrichtung von Reservespitälern.
2) Schaffung von Isolirabtheilungen für Infectionskrankheiten in Krankenhäusern.
3) Ergänzung von Einrichtungsmaterial in Krankenhäusern.
4) Anschaffung von Transportmaterial.
5) Einrichtung von Desinfectionsanstalten, Beschaffung von Desinfectionsapparaten, Apparaten für bakteriologische Untersuchungen.
6) Gründung von Gesundheitscommissionen.
7) Anlagen von neuen Wasserleitungen.
8) Anlagen von neuen Canalisationen.
9) Erlass neuer orts- oder districtspolizeilicher Vorschriften.
10) Abschluss von Verträgen mit Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel.

Die anderen diesbezüglichen Maassregeln hatten aber auch einen über den augenblicklichen Vollzug hinausreichenden Einfluss.

Die von den Gesundheitscommissionen mit den gemeindlichen Organen bethätigten Begehungen der Localitäten in Bezug auf öffentliche Reinlichkeit hatten zur Aufdeckung einer Reihe von Missständen geführt, deren Beseitigung unter dem Drucke der Verhältnisse leichter durchführbar war als sonst. Hieher zählten die Brunnenwasseruntersuchungen, die Erfahrungen, welche hie und da mit der Unzulänglichkeit von Pflegematerial und Personal unter der Annahme von Massenerkrankungen gemacht, die Erfahrungen, welche bei Vorbereitung von Isolirräumen und rasch nothwendig werdendem Barackenbau gemacht wurden u. s. w.

Die Durchsicht des Berichtmaterials ergab, dass von Seite der Regierungen wie der äusseren Verwaltungsbehörden eine rege, erfolgreiche Thätigkeit entfaltet wurde.

Verkehr. Der Verkehr wurde überwacht, an keinem Orte aber erschwert.

Aus Krumbach wurde berichtet, dass die Hinreise einer choleraverdächtigen Person aus Hamburg verhindert worden. Ueber ärztliche Beobachtungsstationen auf Bahnhöfen wurde aus München, aus Augsburg, einigen Grenzstationen und pfälzischen berichtet. In der Pfalz wurde bemerkt, dass Reisende sich der Untersuchung dadurch entzogen, dass sie auf Zwischenstationen ausstiegen.

Zur Ueberwachung des Verkehrs auf dem Rhein wurde eine ärztliche Controlstation in Ludwigshafen errichtet und ein Dampfer gemiethet, welcher die Rheinstrecke längs des bayerischen Ufers zu befahren hatte. Die Controle selbst war einem Militärarzte übertragen. Auf den meisten Bahnstationen war die Bereitstellung von Trägern und Tragbahren für allenfallsigen Bedarf vorgesehen. In einigen Städten war der Transport Verdächtiger oder Kranker von der Bahn zum Spital durch besondere Fuhrwerke beabsichtiget.

Transport von Kranken. Zum Transport von Kranken hatten sich an vielen Orten die Mitglieder der freiwilligen Sanitätscolonnen erboten, an andern wurden zu diesem Zwecke solche Colonnen in's Leben gerufen.

An Orten, an welchen derlei Einrichtungen nicht bestanden, waren besondere Persönlichkeiten bestimmt, versicherte man sich der Bereitschaft des Trägerpersonals. Auch der Transport mittelst eigener gemietheter Fuhrwerke wurde hie und da in's Auge gefasst. — Für die Fortschaffung von Leichen war besonderes Fahrzeug beabsichtiget.

Krankenpflege. Zur Krankenpflege waren theils die Barmherzigen oder Niederbronner Schwestern, die Schwestern vom rothen Kreuz und die Diakonissen, welche sich vielfach auch freiwillig erboten, in's Auge gefasst worden, theils versicherte man sich im Voraus geeigneten Pflegepersonals.

Materialergänzung in Krankenhäusern. Von besonderem Werthe erschien die Ergänzung und Vermehrung des Einrichtungsmaterials in Krankenhäusern wie Anstalten bezüglich der Vermehrung der Betten, Fournituren, Bettwäsche, Leibstühle, Desinfectionsmittel, dann die Beschaffung von Transportmaterial, das bisher weniger nothwendig erschienen.

Die Anschaffung von Tragmaterial wurde aus ca. 40 Krankenhäusern, auch von einer grösseren Zahl von Landgemeinden gemeldet.

Es wurden beschafft: Tragkörbe, Tragbahren, Sänften, Räderbahren, dann Krankentransport-Wagen (z. B. in Nürnberg 3 nach System Esmarch).

Die Beschaffung solchen Materials erscheint von bleibendem Werthe bei Massenerkrankungen. Sie zeigt, dass man sich von der Unzulänglichkeit der bisherigen Transportmittel überzeugt hatte. Besonders gilt dies für den Transport von Leichen, dessen Regelung gleichfalls erwogen ward.

Anzeige über die ersten Fälle. Auf die Kenntnissnahme der ersten Fälle wurde besonderes Augenmerk gerichtet. In vielen Aemtern war den Gemeinden unverzügliche telegraphische Berichterstattung beziehungsweise durch Eilboten auferlegt. Es wurde ferner, wo es nöthig erschien, den Aerzten die Anzeigepflicht, den Leichenschauern eine rasche Leichenschau eingeschärft.

Unterbringung von Kranken. Zur Unterbringung von Kranken wurden die verschiedensten Vorkehrungen, je nach den localen Verhältnissen getroffen. Es wurden hiezu bestimmt: „theils eigene Reservespitäler, bestehende Krankenanstalten, bestehende oder einzurichtende Spitalabtheilungen, Isolirabtheilungen, eigene Zimmer, besondere Gebäude oder Räumlichkeiten".

In den grösseren Städten standen — wenigstens für den Anfang — genügende Räumlichkeiten zur Verfügung.

München hatte ausser den Pavillons in den beiden Krankenhäusern rechts und links der Isar 3 Schulbaracken mit einem Raum für 300 Betten zur Verfügung bereit gestellt. Nürnberg richtete ein Reservespital mit 100 Betten ein, das Raum für 251 weitere Betten bot. Würzburg hatte ein städtisches Siechenhaus eingerichtet, erbaute 2 Baracken, nahm auch eine Quarantainestation für Verdächtige in Aussicht. Augsburg richtete das Baugartenspital mit 150 Betten, dann 2 bestehende Baracken mit 50 Betten ein und erbaute eine weitere Baracke für 20 Betten.

In den mittleren und kleineren Städten waren besonders die Gebäulichkeiten der Wohlthätigkeitsanstalten, wie Pfründen-, Siechen-, Armenhäuser, dann die aus früheren Zeiten bestehenden Blatternhäuser, auch ältere Spitäler, welche für Unterkunft gute Dienste leisten konnten, ins Auge gefasst.

Eine jedoch nicht überall empfehlenswerthe Beachtung fanden in dieser Beziehung auch die Schulhäuser.

An manchen Orten wurden die bestehenden Krankenhäuser als Choleraspitäler projectirt. Für eintretende Fälle war die Evacuirung der Insassen in andere Gebäulichkeiten, wie in 10 Fällen in Schulhäuser u. Aehnl. beabsichtigt.

Es wurden — soweit aus den Berichten besondere Nachweise hierüber vorliegen — als besondere Choleraspitäler bestimmt: 1 Epidemiehaus, 2 Siechen-, 7 Isolir-, 7 Blattern-, 7 Armenhäuser, 3 Isolir-Pavillons in Krankenhäusern.

Es dürfte vielleicht von Interesse sein, die verschiedenen Gebäude und Räumlichkeiten anzuführen, welche für Unterbringung von Cholerakranken in Aussicht genommen wurden. Es waren dies Schulhäuser, Kleinkinderschulen, Schiesshäuser, frühere Schloss- und Festungsbaulichkeiten, magistratische und gemeindliche Gebäude, leerstehende Häuser, dann Turnhallen, Feuerlöschrequisitenhäuser, Sommerkeller, Bleicherhäuser, Hirtenhäuser, Schäfereien, Bahngebäude, freistehende Bretterhütten, Speicher, Zelte. Auch manche Privathäuser, darunter eine isolirt stehende Mühle, wurden gemiethet. In 21 Fällen wurden Baracken gebaut oder in Aussicht genommen; in mehreren Fällen wurden Contracte zur schleunigen Lieferung von Baracken abgeschlossen und hiezu oft reichlich Gelder bewilligt.

In manchen Landgemeinden wurden Scheunen, Spritzenhäuser oder zu räumende Armenhäuser zur augenblicklichen Unterbringung in Aussicht genommen. Auch für Choleraleichen wurden Scheunen bestimmt, in einem Fall sogar ein besonderer Cholerafriedhof!

Soviel über Vorsorge für Isolirung von Cholerakranken. Leider wurde nicht immer Bedacht darauf genommen, ob solche Isolirräume auch auf einem seuchenfreien Boden sich befinden.

An Orten, in welchen die oben erwähnten Räumlichkeiten nicht zu beschaffen waren, suchte man in den bestehenden Krankenhäusern besondere Räume zu schaffen. In 98 Krankenhäusern wurden theils bestehende Isolirabtheilungen für Cholerakranke bestimmt, theils neu eingerichtet. In 69 Krankenhäusern wurden eigene Zimmer reservirt. Auch in einer grossen Zahl von Landgemeinden wurden besondere Zimmer für Cholerakranke hergerichtet. Mehrere Bezirksämter berichteten sogar, dass in jeder Gemeinde ihres Bezirkes dies geschehen war. Von verschiedenen Gemeinden wurden mit Krankenhäusern Vereinbarungen über Aufnahme von Cholerakranken getroffen.

Gesundheits-Commissionen. Gesundheits-Commissionen bestanden an vielen grösseren Orten. Dieselben waren mit Ausnahme jener Orte, in welchen z. B. Typhusepidemien in letzter Zeit geherrscht hatten, theilweise in ruhender Activität. Die Entschliessungen der kgl. Regierungen hatten nach dieser Richtung hin lebhaften Impuls gegeben, sowohl zur Neubelebung bereits bestehender, als zur Gründung von neuen provisorischen oder wenigstens ad hoc dauernden Gesundheits-Commissionen.

Lässt man die Landgemeinden ausser Betracht, so wurden neu gebildet provisorisch 54, dauernd 73.

In dem Streben, möglichst viele solcher Commissionen zu bilden, hatte eine Anzahl von Aemtern deren Errichtung sogar in sämmtlichen Gemeinden ihres Bezirkes veranlasst oder begünstigt. Dies dürfte als zu weit gegangen betrachtet werden, da der Werth solcher Commissionen an Orten ohne Sitz eines Arztes ein nur geringer sein würde und es nahe liegt, dass von Nichtsachverständigen zwecklose Maassregeln getroffen werden oder dass Angeordnetes in unrichtiger Weise zur Ausführung gelangt.

In Städten und Orten, wo ärztliches Personal beigezogen wurde, darf der Bildung und Neubelebung der Gesundheits-Commissionen ein grosser Theil der erzielten Maassregeln und besonders deren Durchführung zugeschrieben werden, da die Thätigkeit dieser Commissionen eine Reihe von Missständen feststellte und nach Kräften zu beseitigen suchte.

Grössere Gemeinwesen haben sich durch die Berichte der Gesundheits-Commissionen zu Maassregeln für öffentliche Reinlichkeit und Sanitätspflege bestimmen lassen, welche unter gewöhnlichen Zeiten aus finanziellen oder Competenzrücksichten nicht durchzuführen gewesen wären.

Auch in Bezug auf Canalisation und Wasserversorgung haben diese Commissionen Erfolge erzielt.

Desinfection. Desinfections-Apparate bestanden bereits, soweit den Berichten Nachweise zu entnehmen sind, in 25 Krankenhäusern.

Die in Nürnberg bestehende Desinfectionsanstalt wurde vergrössert, mit einem zweiten Apparat sowie mit einem Verbrennungsofen für nicht desinficirbare Gegenstände ausgestattet.

Neu errichtet wurde in München eine städtische Desinfectionsanstalt; eine solche in Ingolstadt für das Frühjahr 1893 in Aussicht genommen.

Desinfections-Apparate wurden neu angeschafft in 26 Krankenhäusern, deren Beschaffung für das Jahr 1893 in 17 Krankenhäusern bezw. Gemeinden in Aussicht genommen.

Bezüglich der Desinfectionskosten wurde bemerkt, dass diese sich in Würzburg auf 15 M. für die Benützung des Apparates gestellt.

In Kulmbach wurden die Desinfectionsmittel unentgeltlich von der Stadt abgegeben, in Amberg sollte auch die Desinfection bei der ärmeren Bevölkerung durch städtische Arbeiter erfolgen.

An einigen Orten suchte man in Ermangelung eines Desinfections-Apparates in anderer Weise vorzusorgen. So wurde in Regen und in Kusel mit einem Fabrikbesitzer ein Abkommen getroffen, um den Abdampf zur Desinfection benützen zu dürfen. In Speier wurde für gleichen Zweck eine Locomobile in Aussicht genommen.

In einigen Städten wurden besondere Wagen zum Transport der zur Desinfection bestimmten Gegenstände theils angeschafft, theils in Aussicht genommen.

Was die Landgemeinden betrifft, so hatte eine grössere Zahl derselben Desinfectionsmittel bereitgestellt; im Amte Sulzbach sollten Depots von solchen, sowie von Arzneimitteln bei den Badern errichtet werden; in einigen Gemeinden der Pfalz, so in Neustadt a/H. wurde Kalkmilch bereit gehalten.

In dieser Beziehung scheint man hie und da sogar zu weit gegangen zu sein. Es wäre zweckmässiger gewesen, die Kosten der Desinfectionsmittel zur Anschaffung eines Desinfections-Apparates zu verwenden, wie der Bericht der Oberpfalz nicht mit Unrecht bemerkte. Auch auf die häufigen Fälschungen der Desinfectionsmittel wurde in Mittelfranken nicht ohne Grund hingewiesen.

An manchen Orten wurde das Sanitätspersonal, das Personal der freiwilligen Sanitätscolonnen, das gemeindliche Aufsichtspersonal, Polizisten, Gemeindearbeiter etc. in der Desinfection unterrichtet. Aus einigen Krankenhäusern wurde über Vermehrung der Apparate für bakteriologische Untersuchungen berichtet.

Districts- und orts-polizeiliche Vorschriften. Ortspolizeiliche Vorschriften über öffentliche Reinlichkeit, über Abortwesen, Dunggruben, Lumpenlager, über Victualien-Polizei u. dergl. wurden wiederholt bekannt gegeben und eingeschärft.

In einer grösseren Zahl von Gemeinden wurden aus Anlass der Choleragefahr neue ortspolizeiliche Vorschriften erlassen, so über Abortwesen in den sämmtlichen oder doch meisten Gemeinden der Bezirksämter Bruck, Ebersberg, Traunstein, Wasserburg, in Amberg, Würzburg, Donauwörth. In Rothenburg a. T. war eine solche in Vorbereitung, für den Landbezirk München I. eine solche angeregt.

Districtspolizeiliche Vorschriften wurden erlassen über Abortwesen, Dunggruben, öffentliche Reinlichkeit etc. in den Bezirksämtern Speyer, Zweibrücken, Amberg (Land), Ebern. Ferner noch eine ortspolizeiliche Vorschrift über öffentliche Reinlichkeit in den Gemeinden des Amtes Ingolstadt.

Ueber diese Punkte sind viele Berichte zum Theil lückenhaft.

Ausserdem wurden Belehrungen an die Ortspolizeibehörden erlassen, unter Anderen aus den Bezirksämtern Dingolfing, Viechtach etc.

Flugschriften und Belehrungen wurden vertheilt in den Städten Amberg, Kitzingen.

In Nürnberg wurde eine ständige polizeiliche Beobachtung der Wäschereien in Bezug auf Seuchengefährlichkeit verfügt.

Aborte. Die in dieser Beziehung getroffenen Maassregeln entziehen sich wegen ihrer localen Verschiedenheit einer eingehenden Aufzählung oder Zusammenfassung.

Den öffentlichen Aborten, dann jenen in Gasthäusern, Schulen, Gefängnissen u. s. w. wurde ersichtlich eine besondere Beaufsichtigung und Desinfection zu Theil.

Auch den Aborten in Privathäusern wurde an vielen Orten Beachtung zugewendet.

Leider stiess insbesondere in Landgemeinden die Abhülfe vielfach auf unausrottbare locale Gewohnheiten und auf die nicht zu unterschätzende Geldfrage.

Von den getroffenen Maassregeln sind unter Andern zu erwähnen: gute Bedeckung von Abortgruben, Herstellung undurchlässiger Abortgruben und Dungstätten. Beseitigung von sogenannten Reihenaborten, Einrichtung neuer öffentlicher Aborte, Beseitigung von Abortgruben, Regelung der Abfuhr, Reinigung von Cloaken und Gewässern, Weihern, Bächen, in welche Aborte einmündeten u. s. w.

Die Städte Dillingen und Kaufbeuren hatten eine vollständige Umgestaltung der bestehenden Abortanlagen theils angebahnt, theils vollzogen.

Canalisation. Auch hier gilt bezüglich der Zusammenfassung das bei den Aborten Gesagte.

Die Berichte waren sehr ungleich, es war aus denselben nicht ersichtlich, ob die neuen Anlagen aus Anlass der Cholera erfolgten.

Es wurden aufgeführt: Verbesserungen der Canalisation in 6 Orten, Fortsetzung in 12, Neuanlage in 13 Orten. In Aussicht genommen in 4 Städten. Von den übrigen bezüglichen Maassregeln wären noch zu nennen: Regulirungen von Abzuggräben, Reinigung von Stadtgräben, Weihern, Cloaken, Beseitigung von Schmutz- und Abwässern, Herstellung von Wasserrinnen, Sohlenlegung und Betonisirung in Canälen, stärkere provisorische oder ständige Durchspülung der Canäle, Entwässerung von Kellern.

Die Gesundheits-Commissionen haben auch nach dieser Richtung gar manche Missstände aufgedeckt.

Schlachthäuser. Aus einer Anzahl von Orten wird über Beseitigung von Missständen in Schlachthäusern berichtet. Neue Schlachthäuser wurden in 3 Gemeinden gebaut und solche in Aussicht genommen.

Wasserleitung. In der Versorgung mit Trinkwasser ist seit der Einrichtung des technischen Bureau's für Wasserversorgung im k. Staatsministerium des Innern ein ganz wesentlicher Fortschritt wahrnehmbar. Die Zahl der neuen Anlagen war Jahr für Jahr eine erhebliche.

In den Choleraberichten wurden erwähnt: Verbesserung von bestehenden Wasserleitungen in 3 Gemeinden, Fortsetzung und Ausdehnung in einer grösseren Zahl, Neuanlage in 18 Gemeinden. In Aussicht genommen wurden neue Wasserleitungen in 53 Gemeinden.

Aussergebrauchsetzen von Pumpbrunnen, beziehungsweise Verbot ihrer Benützung wurde aus 18 Gemeinden berichtet.

Oeffentliche Brunnen wurden an verschiedenen Orten einer Reinigung unterzogen.

An verschiedenen Orten fand chemische oder bakteriologische Untersuchung von Brunnenwasser statt. In München z. B. wurden allein 800 Pumpbrunnen untersucht, 200 gesundheitsschädliche Pumpbrunnen wurden gesperrt, die betreffenden Anwesen an die städtische Wasserleitung angeschlossen. Auch von Landgemeinden wurde berichtet, dass sie eine Wasseruntersuchung durch die Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel durchführen liessen.

In Speyer war für den Fall des Auftretens der Cholera bestimmt, den niedrig gelegenen ärmeren Stadttheilen reines Wasser in Fässern zuzuführen. Es wurden in diesem Stadtgebiete mehrere öffentliche Brunnen an die Wasserleitung angeschlossen.

Auch die Nothwendigkeit stärkerer Durchspülung der Canäle veranlasste hie und da einen vermehrten Bezug von Wasser.

Aus einer Stadt (Ludwigshafen) wurde berichtet, dass lediglich die Choleragefahr mitbestimmend war, dass die Frage der Wasserversorgung energischer betrieben wurde.

Victualienpolizei. In dieser Beziehung wurde bloss auf die strengere Handhabung der Aufsicht hingewiesen. Unter dem Drucke der Verhältnisse haben sich verschiedene Gemeinden veranlasst gesehen, mit den Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel Verträge über periodische Untersuchungen abzuschliessen, was bisher hie und da schwer durchzusetzen war.

Schlussbemerkungen. Ueber den Werth des durch die Vorkehrungen gegen Cholera Erreichten äussern sich die Berichte einzelner Regierungen, so Oberfranken, Mittel- und Unterfranken, Schwaben, noch eingehender die Pfalz und Oberpfalz.

Es konnte sich weniger um bleibende oder dauernde Einrichtungen, sondern mehr um Feststellung eines gewissen Mobilmachungsplanes handeln.

Von dauerndem Werthe sind die Anregungen im Interesse der allgemeinen Salubrität.

Die Gemeindevertretungen und Gesundheitscommissionen konnten sich überzeugen, dass noch Vieles einer Verbesserung bedurfte, dass es insbesondere nothwendig war, die bestehenden ortspolizeilichen Bestimmungen strenger durchzuführen. Der Hauptwerth lag wohl darin, dass der Sinn für öffentliche Reinlichkeit in weiteren Kreisen geweckt wurde.

Manche Fragen der Reinlichkeitspolizei, wie Beseitigung der Abfallstoffe, Beschaffung reinen Wassers wurden auch in solchen Gemeinden einer Lösung näher gerückt, in welchen bisher locale Schwierigkeiten sich ergaben.

Wenn auch sanitäre Verbesserungen in den Städten leichter anzubahnen waren, da hier wenigstens die Möglichkeit einer ärztlichen Mitarbeit gegeben, so wurde doch auch in ländlichen Orten so manches Zweckdienliche geschaffen.

Ein Haupterfolg der Vorkehrungsmaassregeln lag auch darin, dass die erste Furcht vor der Cholera geschwunden war und ein ruhiger weiterer Ausbau der hygienischen Verbesserungen stattfinden konnte.

Ueber den Werth der Desinfection, der Verkehrsbeaufsichtigung und die Absperrungsmaassregeln äusserten sich einige Berichte skeptisch.

Als Errungenschaften dürften bezeichnet werden: Die Schaffung besonderer Abtheilungen für Infectionskranke und von Isolirräumen. Vermehrung von Betten und Wäsche in Krankenhäusern für grösseren Krankenstand; Completirung von Inventar überhaupt, die Vermehrung des Instrumentariums. Die Schaffung von Krankenstuben in Landgemeinden, soweit ärztliche Aufsicht erreicht werden kann. Die Vermehrung und Verbesserung der Krankentransportmittel. Erbauung von Leichenhäusern; Beschaffung von Desinfectionsapparaten. Verbesserung der Abfuhrverhältnisse und der Fäcalienabfuhr. Ausführung und Verbesserungen der Canalisation; Ausführung von neuen Wasserleitungen. Bildung neuer und Wiederbelebung bereits bestehender Gesundheitscommissionen; die Erlassung orts- und districtspolizeilicher Vorschriften über Abortwesen, Dung- und Versitzgruben, über öffentliche Reinlichkeit, Victualienpolizei u. s. w.

Aus den Berichten ist unzweifelhaft zu ersehen, dass zur Assanirung der Wohnorte Vieles geschehen ist. Es geht aus denselben hervor, dass dem Cholerabacillus ein wesentlicher treuer Bundesgenosse entzogen wurde.

Der Untergrund der Wohnungen wurde an vielen Orten rein gemacht.

Feuilleton.

Dr. Ludwig Winckel.

Geb. 9. November 1809, gest. 15. August 1892.

Der Mann, dessen Bild die heutige Nummer der Münchener medicinischen Wochenschrift bringt, Dr. Ludwig Winckel, wurde geboren am 28. November 1809 in Berleburg, Reg.-Bez. Arnsberg in Westfalen. Sein Vater, aus einer Familie stammend, die mehrere Generationen hindurch dem reformirten Bekenntniss ergebene Prediger als Vorfahren aufwies, hatte als der Sohn des reformirten Predigers in Erlangen daselbst Medicin studirt und war seit Ende des vorigen Jahrhunderts Leibarzt des Fürsten Sayn-Wittgenstein-Berleburg in Berleburg. Seine erste Ausbildung erhielt Ludwig Winckel in den Schulen seiner Vaterstadt Berleburg und kam dann mit seinem ältesten Bruder zusammen auf das Gymnasium in Soest in Westfalen. Dieses verliess er 1827, um in Berlin auf dem königlich medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Institute sich der Medicin zu widmen. Von Jugend auf sehr kräftig, unternehmend und kühn, erhielt er unter seinen Studienfreunden, von denen besonders Böger, Lauer, Rummel, Asmus und Magnus (der spätere Stadtphysicus von Berlin) zu nennen sind, wie Lauer dem Schreiber dieser Zeilen mittheilte, den Namen der starke Westfale. Er war ein gewandter und gefürchteter Gegner im Duell und hatte manche Carcerstrafe deshalb abzubüssen. Dass er aber dabei seine medicinischen Studien nicht vernachlässigte, beweist eine ihm von Albrecht v. Graefe, dem Generalstabsarzt und Professor der Chirurgie ertheilte silberne Medaille mit der Inschrift: Diligenti probato, die in meinem Besitze ist und auf welche mein Vater besonders stolz war, da sie von seinem hochverehrten Lehrer nur denjenigen seiner Schüler ertheilt wurde, welche sich durch besonderes Geschick bei chirurgischen Operationen auszeichneten. Er erhielt daher auch später bei seiner Approbation den Titel als praktischer Arzt und Operateur, welcher in damaliger Zeit statt der Bezeichnung Wundarzt als Auszeichnung verliehen wurde. Von seinen Lehrern zogen ihn ausser A. v. Graefe sen. besonders der innere Kliniker Wolff und der Geburtshelfer und Director der Charité-Entbindungsanstalt K. A. F. Kluge an. Unter dem Präsidium des letzteren verfasste er seine Inauguraldissertation „De partus dolorum natura“, auf Grund deren er am 4. August 1832 zum Doctor promovirt wurde. Quum nulla medicinae pars, so begann die Praefatio seiner Dissertation, animum meum magis quam ars obstetricia occupet, summoque eam amore colam in hanc tam gravem generi humano artem addiscendam et bene percipiendam omne studium operamque contuli. Was er hier als junger Arzt versicherte, das hat er sein ganzes, langes Leben hindurch getreu gehalten; nichts ging ihm über die Freude, dem gebärenden Weibe ein glücklicher Helfer zu sein, und er hat dazu in fast 60jähriger Thätigkeit als Arzt die reichste Gelegenheit gefunden.

Der Bruder seines Fürsten, Prinz Wilhelm, war der Hausminister Friedrich Wilhelm III. und ein warmer Gönner meines Vaters, wahrscheinlich durch diesen erhielt der letztere bald nach Beendigung seiner Studien die Aufforderung eine amtliche Stelle als Arzt in einem der südamerikanischen Staaten anzunehmen. Jedenfalls aber schickte Prinz Wilhelm ihn mit einer Empfehlung an Alexander v. Humboldt, um sich bei diesem nach den dortigen Verhältnissen zu erkundigen. Humboldt aber rieth ihm ab, diesem Rufe zu folgen, und so blieb er in Europa. — Im August 1831 war die Cholera nach Berlin gekommen und mein Vater hatte die Gelegenheit in der Charité derartige Kranke zu behandeln. Dieser Umstand wurde die Veranlassung, dass er auf Wunsch des Fürsten von Berleburg, mit Hilfe des Hausministers Prinzen Wilhelm, von seinen Verpflichtungen dem königl. medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Institute gegenüber entbunden wurde und die Concession erhielt, sich als Stütze seines schon alternden Vaters in Berleburg niederzulassen. Hier vermählte er sich im Jahre 1836 mit seiner Cousine Alwine Pollmann aus Remscheid. Dieser Ehe entsprangen 10 Kinder, 6 Söhne und 4 Töchter.

Berleburg war damals ein Städtchen von kaum mehr als 1000 Einwohnern, die fast nur vom Ackerbau lebten und zwar meist in ziemlich dürftigen Verhältnissen. Die Lage des fürstlichen Hauses war keine glänzende zu nennen und die meilenweite Umgebung des kleinen Städtchens wies nur eine ärmliche, dünngesäte Bevölkerung auf. Das Leben an dem kleinen Hofe, an welchem eine Reihe sehr tüchtiger Beamten thätig waren, war aber bei der grossen Leutseligkeit des Fürsten und seiner jungen Gemahlin, einer gebornen Gräfin von Ortenburg-Dambach, und bei deren grossem Interesse für all ihre Untergebenen ein sehr anregendes und schönes und die Pflege der Instrumental- und Vocalmusik im Schlosse einerseits, und die schönen winterlichen Ausflüge in der sehr hügeligen und waldreichen Gegend, verbunden mit wildreichen Jagden andererseits, machen es erklärlich, dass trotz der geringen Einnahmen und der stets wachsenden Familie mein Vater bis zum Jahre 1842 in Berleburg blieb und dann erst nach Gummersbach in der Rheinprovinz übersiedelte, wo sich durch den damals erfolgten Tod des einzigen Arztes und in wohlhabenderer, industriereicherer Gegend die Aussichten auf besseres Fortkommen günstiger gestalteten.

Schon in Berleburg von 1835—42 bot sich meinem Vater vielfach Gelegenheit, seine in der Geburtshülfe erworbenen Kenntnisse zu verwerthen, da Beckenverengerungen in der ärmeren Bevölkerung des Sauerlandes ziemlich häufig vorkamen; aber die Praxis war der schlechten Wege und des bergigen Terrains wegen sehr mühsam, im Winter sogar gefahrvoll und so erlebte er denn wiederholt bei Glatteis einen Sturz mit dem Pferde und einmal einen Fall, bei welchem er auf die linke Seite (Trochanter) geschleudert wurde und das Pferd auf ihn fiel. Seit jener Zeit hatte er oft entzündliche Erscheinungen in der Gegend der Flexura sigmoidea und hat noch in seinen letzten Lebensjahren oft dieses Falles als mögliche Ursache gedacht, wenn er Schmerzen in der Gegend des linken Trochanters empfand. — Kurz ehe er von Berleburg fortzog, machte er daselbst am 16. Mai 1841 seinen ersten Kaiserschnitt unter Assistenz seines Vaters bei osteomalacischem Becken, welcher für Mutter und Kind unglücklich endete, die Prognose war für beide schon bei Beginn der Operation ungünstig. Beschrieben wurde dieser Fall mit Abbildung des Beckens von L. Winckel sen. (Neue Zeitschr. f. Geburtskunde von Busch etc., XII., p. 359, 1842).

Als er im Jahre 1842 nach Gummersbach übersiedelte, herrschte dort eine sehr ausgedehnte Typhusepidemie, an welcher auch der einzige bisher dort wirkende Arzt zu Grunde gegangen war. Schon bei der Behandlung dieser Krankheit in der er in vieler Beziehung glücklich war, fing er an gegen die in jener Gegend vorhandenen ungünstigen, feuchten, zugigen und mit Alkovenbetten versehenen Wohnungen zu kämpfen und hat in unablässigen Bemühungen es immer mehr dahin gebracht, dass der Zustand der Wohnungen wesentlich verbessert und die Unterbringung der Betten in Alkoven fast völlig beseitigt wurde.

In Gummersbach nahm nun seine Praxis sehr rasch zu und bei dem dort auffallend häufigen Vorkommen der Rhachitis und Osteomalacie wurde seine geburtshülfliche Thätigkeit bald sehr in Anspruch genommen. Von Ende 1842 bis Ende 1868 hat er in seinen Journalen, die er immer sehr sorgsam führte, 650 und zwar meistens operativ beendete Geburten notirt, darunter allein 208 oder 33 Proc. enge Becken, bei denen 26 mal, d. h. in 12½ Proc. Eindrücke am Kindskopf zu Stande kamen, ein Beweis wie hochgradig die Verengerungen waren. Ein paar Zahlen werden am besten zeigen, über welch ein interessantes Beobachtungsmaterial er in seinem Gummersbacher Wirkungskreis verfügte:

Von den 650 Geburten verliefen nur 68, d. h. 10,5 Proc. spontan, die übrigen wurden durch die
Zange, 313 am vorl., 14 am nachf. Kopf = 50,3 Proc.
Wendung 55mal (3mal die äussere) . . = 8,4 „
Incisionen in den Muttermund 10mal . . = 1,5 „
künstliche Frühgeburt 18mal . . . . = 2,7 „
Perforation 29mal . . . . = 4,4 „
den Kaiserschnitt 13mal . . . . . . = 2,0 „
Lösung der Nachgeburt 43mal beendet . = 6,6 „
Von normalen Lagen kamen ihm dabei vor:
Gesichtslagen 12 . . . = 1,8 Proc. statt 0,6 Proc.
Schieflagen 54 . . . . = 8,3 „ „ 0,6 „
Beckenendlagen 59 . . . = 9,0 „ „ 3—4 „

Bezüglich der Ursache der Beckenverengerung hat er unter jenen 208 Fällen 125mal Rhachitis, 67mal Osteomalacie notirt, 16mal die Ursache nicht bestimmt angegeben.

Bei dieser enormen Häufigkeit beträchtlicher Beckenverengerung in jener Gegend musste denn auch die Nothwendigkeit den Kaiserschnitt auszuführen viel öfter an ihn herantreten, als das sonst in der Privatpraxis der Fall zu sein pflegt, und so kam es, dass er in einem Vierteljahr denselben 3mal auszuführen in der Lage war. Bei diesen Operationen, die meist in engen, armseligen Hütten auf dem Lande und unter Assistenz nur eines Collegen — meist seines treuen Freundes Heinrich Wiefel — höchstens zweier Collegen und der Hebamme vorgenommen wurden, gelang es ihm von 13 Frauen 8 herzustellen, und rührend war die Liebe und Aufopferung, mit der er diesen armen Frauen wochenlang alle Zeit und Mühe widmete. Von denjenigen Kranken, welche nach solchen Operationen unterlagen und von denjenigen, die an chronischer Osteomalacie im Lauf der Jahre zu Grunde gingen, hat er sich meistens das erkrankte Becken zu verschaffen gewusst und dann in freigebigster Weise verschenkt. So haben Virchow, Ed. Martin, J. V. Schöller, Olshausen, Greenhalgh u. A. von ihm solche Becken erhalten und in meinem Besitze sind noch zwei der allerinteressantesten, die ich auch seiner Güte verdanke. Wer da weiss, wie schwierig es ist, die Angehörigen solcher Verstorbenen zur Genehmigung einer Section zu bringen und gar zur Herausnahme eines Theiles ihrer Organe, wie zeitraubend und ermüdend es ist, auf dem Lande und ohne jede Assistenz in dunklen engen Zimmern solche Präparate auszuschneiden, wer den Zeitaufwand kennt, welcher zur Präparation solcher Becken gehört, und wer dabei die angestrengte Thätigkeit eines Arztes zu ermessen vermag, der fast 20 Jahre hindurch für 7000 Seelen der einzige Arzt war, der wird sich einen Begriff von der Liebe zu seinem Fache, welche meinen Vater durchglühte, machen können, einer Liebe, die ihm jedes Opfer an Zeit, körperlicher Anstrengung und sogar pecuniären Aufwand gering erscheinen liess, nur — um der Wissenschaft zu nützen und — Andern eine Freude damit zu machen.

Als ich im Jahre 1856 die Universität bezogen hatte, wurde er nun zunächst mein Lehrer in der Chirurgie und Ophthalmiatrik. Sobald ich die Langenbeck'sche Klinik besucht hatte, liess er mich kleinere Operationen, wie die Exstirpation eines Lipoms, die Tenotomie, den Aderlass, später auch eine Staaroperation und eine Oberschenkelamputation ausführen. Dabei war er nie mit meinen Leistungen zufrieden, sondern stets ein sehr strenger Kritiker. Erst als ich im Wintersemester 1858/59 theoretische Geburtshülfe hören sollte, fing er an, mich in dieser in den Ferien zu unterrichten, und nun erst nahm er mich auch zu Geburten mit; aber erst als ich in Berlin einen geburtshülflichen Operationscursus gehabt, erst da gab er mir auch Gelegenheit, in seiner Privatpraxis selbst zu operiren. Wie er bei solchen Fällen jeden begangenen Fehler streng rügte und immer bestrebt war, die Selbstgenügsamkeit zu bekämpfen, die der junge Mann zeigte, wenn er glaubte, dass ihm eine Operation gelungen sei, das habe ich in der Einleitung meiner Gratulationsschrift zu seinem 50jährigen Doctorjubiläum „Klinische Beobachtungen zur Dystokie durch Beckenenge“ genügend illustrirt. Als ich in meinem Studium weiter vorgerückt war, veranlasste ich ihn, seine Erfahrungen in geburtshülflicher Beziehung, namentlich über den Kaiserschnitt zu publiciren und brachte ihn zuerst am 12. Juni 1860 dazu, in der Berliner Gesellschaft für Geburtshülfe einen kurzen Vortrag über 13 von ihm vollführte Kaiserschnittoperationen zu halten (publicirt in der Monatsschrift f. Gebk. von Credé etc., XVI. p. 401). Schon am 9. October desselben Jahres legte ich in seinem Namen derselben Gesellschaft ein neues osteomalacisches Becken (Monatsschrift, XVII. p. 27) und einen neuen glücklichen Fall von Kaiserschnitt vor (Monatsschrift, XVII. p. 29). Und im Jahre 1863 publicirte er dann (Monatsschrift, XXII. p. 40—62 und 241—269) seine 15 Kaiserschnittoperationen und deren Ergebnisse für die Praxis. Im folgenden Jahre erlebte er einen merkwürdigen Geburtsfall — wahrscheinlich einen durch das Rectum perforirten Ovarialtumor als Geburtshinderniss — welchen er ebenfalls der genannten Gesellschaft, die ihn zu ihrem correspondirenden Mitgliede ernannt hatte, mittheilte (cf. Monatsschrift, XXV. p. 364). Er begnügte sich nun aber nicht damit, dem gebärenden Weibe beizustehen, sondern er war jederzeit beflissen, seine Patientinnen über die Ursachen des ihnen so gefährlichen Knochenleidens, der Osteomalacie, zu belehren und so die schönste ärztliche Thätigkeit, die prophylaktische auszuüben, um die Frauen jener Gegenden vor dieser traurigen Erkrankung zu bewahren. Der Erfolg dieser Bemühungen war ein sehr glücklicher, denn die Abnahme der Osteomalacie, welche in jenen Gegenden nach Angaben der Aerzte in den letzten Jahrzehnten sehr deutlich zu bemerken ist, dürfte ohne seine und seiner ärztlichen Collegen Bemühungen schwerlich erreicht worden sein.

Seit dem Jahre 1856 war er Physicus des Kreises Gummersbach geworden. Die sehr bergige Umgegend des Städtchens enthielt zwar zahlreiche, aber meist arme Dörfer; die Entfernungen zwischen denselben waren oft sehr bedeutend und die Verkehrsmittel in der damaligen Zeit noch sehr mangelhaft, so dass einzelne Orte namentlich in der Nacht nur zu Fuss und, weil hoch gelegen, bei schlechten Wegen sehr mühevoll erreicht werden konnten. Die körperlichen und geistigen Anstrengungen in dieser Praxis waren oft enorm; für Alles musste gesorgt, Alles bedacht und meist Operationen der verschiedensten Art, namentlich geburtshülfliche, ohne jede Assistenz unternommen werden. Bei den mangelhaft angelegten Wegen konnten Unglücksfälle fast nicht ausbleiben. So wurde er 1854 einmal aus dem Schlitten geschleudert, der auf ihn fallend ihm mehrere Rippen zerbrach, und im Winter 1864/65 erlitt er einen Sturz, durch welchen er eine verticale Fractur des linken Oberkieferbeins und der Nasenknochen sich zuzog. Bewusstlos aufgehoben und in ein nahes Bauernhaus gebracht, hat er hier nach Erkennung seines Zustandes mit Hülfe von Gänsefedern die Nasenbeine reponirt und möglichst gerade gelagert; aber die Nase blieb doch seit jener Zeit schief und die Fracturrinne des Oberkieferbruches fühl- und sichtbar.

Die materielle Entschädigung für seine Anstrengungen war gering, die Sorgen um seine zahlreiche Familie waren wahrlich nicht klein; zeitweise waren 5 seiner 10 Kinder ausserhalb des Hauses und nur eins derselben im Stande, selbst für sein Auskommen zu sorgen, für die Uebrigen hatte er Alles zu bestreiten. Mit Allen führte er eingehendste Correspondenz trotz seiner zahlreichen Geschäfte. —

Seit dem Herbst 1845 hatte er einen geisteskranken Patienten aus einer rheinischen Familie im Hause zur Pflege und als er sich 1848/49 ein eigenes Haus erbaut, legte er in einem Nebengebäude desselben eine kleine Privatanstalt für Geisteskranke an, die er erst im Jahre 1868 mit seiner Uebersiedelung nach Mülheim am Rhein aufgab. — Von seiner Thätigkeit in Gummersbach dürfte endlich noch zu erwähnen sein, dass er nicht bloss lange Vorstand des Bürgervereines in jenen politisch unruhigen Jahren war, sondern auch sehr lange das Ehrenamt eines dem Bürgermeister Beigeordneten versah.

Wenn etwas ihm die schwere Praxis erleichterte, so war es der Verkehr mit dem theuren Freunde, dem Ehrendoctor der Universitäten Bonn und Rostock Heinrich Wiefel in Hülsenbusch, der fast bei allen schweren Operationen sein einziger Assistent und sein treuester Gefährte in Freud und Leid war.

Die Früchte dieses innigen collegialen Verhältnisses kamen nicht bloss den Kranken, sondern auch den Söhnen der beiden Freunde zu gute; denn beide wetteiferten zu jeder Zeit und in jeder Beziehung, zu deren Ausbildung nach Kräften beizutragen und nie werde ich den Dank vergessen, welchen ich dem von mir in Rostock honoris causa zum Doctor medicinae promovirten alten Freund Wiefel schulde.

In Freud und Leid! Wiefel hatte das furchtbare Unglück, eine Reihe der schönsten erwachsenen Töchter und einen hochbegabten Sohn, der mit seinen medicinischen Studien fast abgeschlossen hatte, an Tuberculose zu verlieren, und mein Vater wurde am 11. October 1857 durch den ganz plötzlich an Schenkelvenen- und Arterienthrombose eingetretenen Tod meiner unvergesslichen Mutter in die tiefste Trauer versetzt. 10 unversorgte Kinder, kein Vermögen, in einer armen Gegend nur von dem Ertrage seiner Praxis lebend, den ganzen Tag unterwegs, kaum im Stande, sich um die kleineren Kinder zu bekümmern — das war eine furchtbar schwere, sorgenreiche Zeit für ihn. Aber er fand Trost in der Arbeit und alle Sorgen vermochten ihm nichts von der Liebe zu nehmen, mit der er seine ärztliche Thätigkeit pflegte, und nie haben die schwersten Sorgen ihm das lebendigste Interesse und die lebhafteste Freude an seinem Berufe schmälern können.

Und noch eines besonders schönen Charakterzuges des Verblichenen muss ich hier gedenken, das war sein hoher, aufopferungsfreudiger Familiensinn. In jene Jahre fallen Erkrankungen seiner Geschwister und Todesfälle anderer Verwandter. Sobald er nur von Erkrankungen derselben hörte, eilte er sofort zu ihnen, oft in ziemlich weite Ferne, so nach Biebrich, Wiesbaden, Hadamar, Berleburg, Remscheid, um jenen beizustehen und ihre Sorge mitzutragen, ohne auch nur einen Augenblick die zeitlichen und materiellen Opfer, die er dabei brachte, zu bedenken.

Sein höchster Wunsch war von jeher, einmal in die glückliche Lage zu kommen, an einem Krankenhause als Arzt thätig zu sein. So hatte er denn schon oft bei der k. Regierung und dem Ministerium beantragt, ihn als Physicus in eine Stadt zu versetzen, in welchem er an einem Hospital wirken könne. 1867 schien es auch, als ob sein Wunsch erfüllt werden könnte; allein durch einen besonderen Zufall erhielt er eine solche ihm fast zugesagte Stelle nicht; wurde aber dafür bald darauf als Physicus im Jahre 1868 nach Mülheim am Rhein versetzt. In dieser Stadt war bereits ein Ordenshospital, aber noch kein städtisches Krankenhaus, und erst durch seine unausgesetzten Bemühungen bei Hoch und Niedrig, bei der Regierung und Gemeinde, durch Schriften und Vorträge, gelang es ihm, ein solches in Mülheim zu gründen. Er hat dann eine Reihe von Jahren an ihm gewirkt und manche Operation in demselben ausgeführt. Auch in Mülheim gewann er bald eine ausgedehnte Praxis und war als Consiliarius, besonders in schweren geburtshülflichen Fällen weit gesucht. Einen Theil dieser Erfahrungen hat er in dem Aufsatz: Beitrag zur Beurtheilung des Werthes der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge (Centralbl. f. Gynäkologie, V. p. 197, 1881) niedergelegt, in welchem er besonders die ungünstige Beurtheilung Spiegelberg's über die Leistungen jener Operation für Mutter und Kind auf Grund seiner Erfahrungen an 25 Fällen zurückwies.

Im Jahre 1883 publicirte er in demselben Blatt (No. 2, p. 17) seine Erfahrungen über Anwendung von Extractionsinstrumenten in der Seitenlage der Kreissenden. Er wies in diesem Aufsatz auf die Unmöglichkeit, bei Osteomalacischen eine andere Lagerung anzuwenden, hin und führte auch Breisky's Ausspruch (Prager Vierteljahrschr. 1861, p. 48) in dieser Beziehung an. Dabei sei noch erwähnt, dass ausser Breisky auch Gusserow, Greenhalgh u. v. A. meinen Vater in Gummersbach besuchten und mit ihm die an Osteomalacie Erkrankten explorirten und ihm bei Kreissenden assistirten, um seine Operationsmethoden kennen zu lernen. Breisky (l. c. s. o.) und Gusserow haben über ihre Beobachtungen Berichte veröffentlicht und Greenhalgh hat ihm noch andere Engländer zugeschickt und bis an sein Lebensende mit ihm in freundschaftlichstem Verkehr gestanden.

Von seiner ganzen Familie und zahlreichen Freunden umgeben feierte mein Vater am 4. August 1882 sein 50jähriges Doctorjubiläum, hocherfreut durch die zahlreichen Beweise der Liebe und Verehrung, welche ihm an diesem Tage dargebracht wurden.

1886 veröffentlichte er seinen 16. Fall von Kaiserschnitt im Centralbl. f. Gynäk., 1886. No. 24. Derselbe war schon im Januar 1867 von ihm gemacht worden und die späte Publication nur durch Sänger's treffliche Schrift über den Kaiserschnitt veranlasst. Obwohl auch in diesem Falle die Operation in einem Dorfe, welches eine Meile von seinem Wohnort entfernt lag, in einem erbärmlichen, kaum durch 2 kleine Fenster genügend erhellten Bauernstübchen, mit nur einem Assistenten, seinem Freunde Wiefel und 4! Tage nach dem Wasserabflusse, zu einer Zeit ausgeführt wurde, in welcher, wie er schreibt, die Thermometrie und die Antisepsis noch in den Windeln lagen, wurde trotzdem die Mutter erhalten und das Kind gedieh prächtig an ihrer Brust. Auch bei dieser Gelegenheit gab er wieder seiner Ueberzeugung Ausdruck, „dass jeder und besonders der auf dem Lande allein stehende Arzt dem Kaiserschnitt gewachsen sein müsse und dass die Behauptung, die Operation sei nicht für jeden Arzt, durchaus ungerechtfertigt sei.

Im Jahre 1870 und 71 war er Vorstand eines Hospitals, welches durch freiwillige Beiträge in Mülheim gegründet war, und hat in demselben mancherlei Operationen ausgeführt. Nach Auflösung desselben erhielt er für seine Leistungen von der k. Regierung eine besondere Anerkennung und Decoration.

Oeftere Misserfolge, welche er mit einzelnen Instrumenten, z. B. mit dem Kephalothryphor und Kranioklasten hatte, veranlassten ihn zur Verbesserung und Einführung neuer Instrumente; so änderte er die alte Mesnard'sche Schädelzange in eine besser wirkende um, indem er die Angriffsblätter verlängerte, die Beckenkrümmung verminderte, die Branchen völlig von einander trennte und durch ein Smellie'sches Schloss vereinigte (Illustr. Monatsschrift f. ärztl. Polytechnik, 1886. Heft 3 u. 4).

Endlich seinen letzten 18. Kaiserschnitt hat er im Jahre 1889 — kurz vor Beendigung seines 80. Lebensjahres — am 26. September in Bensberg ausgeführt. Diesmal hat er den Uterus mit 12 Seidenknopfnähten vereinigt und als er am 18. November im Centralblatt für Gynäkologie 1889 No. 48 über denselben berichtete, befanden sich Mutter und Kind vollkommen wohl.

Bis dahin stets rüstig und frisch, ein tüchtiger Jäger und ausgezeichneter Fussgänger, — er schoss am Tage vor seinem 80. Geburtstag noch einen Hasen und einen Fuchs — fing er im Frühjahr 1890, zur Zeit der Influenzaepidemie, plötzlich an, eine grosse Unsicherheit in den Beinen zu empfinden, fiel auch einmal hin, erholte sich aber durch den Gebrauch der warmen Quellen Wiesbadens bald wieder.

Doch datiren vom Frühjahr 1890 an Schmerzen in beiden unteren Extremitäten, die sich bei der ihm früher stets sehr wohlthätigen Anwendung der Königsborner Soolbäder nicht verlieren wollten. Schliesslich — Ostern 1891 — concentrirten sich dieselben in einem äusserst heftigen Schmerz in der Gegend des linken Trochanters, der von einem rasch sich entwickelnden Osteosarkom ausgehend, ihm entsetzliche Qualen verursachte und am 15. August 1892 sein Ende herbeiführte.

Als sein Tod bereits drohte, kehrte der Tag wieder, an welchem er vor 60 Jahren die höchsten Ehren in der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe erhalten hatte; er gedachte dieses seines Ehrentages, da er seine Kinder und Enkel um sich sah, aber die furchtbaren, weder durch Aether noch Chloroform, noch Morphium zu beseitigenden Schmerzen liessen in ihm und uns keine Freude mehr aufkommen.

Der einzige Lichtblick jener schweren Tage war für den Schreiber dieser Zeilen der, als er mir nach Ueberreichung meiner Widmungsschrift die Hand drückte mit den Worten: Ich danke Dir, mein Sohn. Wenige Tage später war er von

uns geschieden und am 18. August v. J. wurde er in Mülheim bestattet.

Unser Leben währet 70 und wenn es lange dauert 80 Jahre und wenn es köstlich gewesen ist, dann ist es Mühe und Arbeit gewesen. Ja Mühe, Arbeit und Sorgen waren ihm reichlich zugemessen, aber sie vermochten ihn nicht zu beugen, im Gegentheil, die Sorgen, welche ihm sein Beruf brachte, machten ihm denselben nur theurer und obwohl Galen ihm keine Opes beschied, war er bis zu seinem Ende im Helfen und Heilen bei Armen und Reichen unermüdlich und muthete sich noch in dem letzten Vierteljahre seines Lebens Anstrengungen als Arzt zu, die ihn fast erschöpften. Wer so wie er seine Pflichten als Arzt auffasst, der lebt nicht umsonst; der wird manchem ein leuchtendes Beispiel; und nicht bloss seine Kinder und Freunde und die zahlreichen Leidenden, denen er beigestanden, verehrten ihn, auch Fernerstehende, mit denen er in Berührung kam, fühlten sich zu ihm hingezogen und Männer der Wissenschaft erkannten seine Verdienste freudig an. Darum Ehre seinem Andenken! F. Winckel.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. v. **Kerschensteiner,** k. Geheimer Rath und Obermedicinalrath: **Generalbericht über die Sanitätsverwaltung im Königreiche Bayern.** Im Auftrage des k. b. Staatsministeriums des Innern nach amtlichen Quellen hergestellt, unter Mitwirkung von Nep. Zwickh, Functionär im k. statistischen Bureau. 22. Band, das Jahr 1890 umfassend. Mit 21 Tabellen, 5 Kartogrammen und 5 Diagrammen.

Nach dem Wunsche der geehrten Redaction soll die diesjährige Besprechung etwas weniger ausführlich, wie in den Vorjahren gehalten werden. Der Leser möge darum die Kürze des Referates nur diesem Umstande zuschreiben, nicht etwa geringerem Interesse an dem vorliegenden, seinen Vorgängern durchaus gleichwerthigen Bande, und um so mehr Veranlassung nehmen, das Werk selbst zu studiren. Referent beschränkt sich in dieser Erwartung auf Anführung einiger weniger Ergebnisse.

Die definitive Feststellung der letzten Volkszählung vom 1. December 1890 zeigt ein Anwachsen der Bevölkerung der unmittelbaren Städte um 20,3 Proc. gegenüber dem Stande vom December 1885, dagegen eine Abnahme derselben in den Bezirksämtern um 1,1 Proc. Die städtische Bevölkerung beträgt jetzt in Mittelfranken bereits 37,8, in Oberbayern 36,1 und in der Pfalz 25 Proc. der Gesammtbevölkerung. Wie wichtig diese Vertheilung für die allgemeinen sanitären Zustände ist, dürfte bekannt sein.

Die Zahl der Geburten hat im Berichtjahre abgenommen; sie weisen die geringste Ziffer seit dem Jahre 1876 auf, trotz der Zunahme der Bevölkerung. Auf tausend Einwohner trafen nur 34,9 Geburten, während es noch 1878—86 durchschnittlich 39,0 waren. Damit zusammenhängend hat sich der Ueberschuss der Geburten über die Sterbefälle vermindert, um so mehr, als sich die Zahl der Sterbefälle erheblich vermehrt hat; gegenüber dem Vorjahre um 4968. Seit 1876 ist der Geburtenüberschuss bis zum Berichtjahre fast um ein Drittel zurückgegangen; er ist von 61000 auf 42000 jährlich gefallen.

Die höhere Mortalität des Jahres ist fast lediglich durch die ausserordentlich hohe Sterblichkeit des Januar veranlasst und ihre Ursache wird in der Influenzapandemie zu suchen sein, deren grösste Ausdehnung in diesen Monat fällt. Höchst belehrend sind die Zusammenstellungen an verschiedenen Stellen des Berichtes (besonders S. 87 ff.), welche den Einfluss der Influenza auf die Sterblichkeit im Berichtjahre zeigen. In diesem sind an Influenza 2461 Menschen in Bayern gestorben (im Vorjahre 48). Diese Sterbefälle „erschöpfen jedenfalls nicht die Gesammtzahl der Opfer dieser Epidemie, da der Charakter mancher Krankheit durch die Complication (mit Influenza) verschlimmert sein wird oder Folgekrankheiten ein letales Ende herbeigeführt haben werden. In dieser Beziehung fehlen wohl Nachweise; aber der Umstand, dass die Influenzaepidemie hauptsächlich auf die beiden Monate Januar und Februar beschränkt blieb, ermöglicht eine Vergleichung der Monatssterblichkeit der Krankheiten mit jener des Vorjahres und giebt einen Fingerzeig dafür, welche Krankheiten durch ungewöhnliche Steigerung der Sterbefälle während der Zeit der Influenzaepidemie und kurze Zeit nach ihr eine Beziehung haben mögen". Es ergab sich u. A. eine Mehrung der Sterbefälle im Januar, Februar und März 1890 gegenüber den betreffenden Monaten des Vorjahres um folgende Procente:

	Januar	Februar	März
bei Tuberculose	58,6	23,9	19,7
„ Entzündung von Nase, Kehlkopf und Bronchien . . .	26,2	— 3,0	2,2
„ croup. Lungenentzündung .	35,4	— 0,9	9,5
„ anderen Entzündungen der Lunge und des Rippenfells	36,4	— 15,6	— 8,5
„ anderen Erkrankungen der Athmungsorgane	60,0	4,7	6,6

Die höhere Mortalität dieser Krankheiten, sowie jener des Herzens und durch Altersschwäche „während des bezüglichen Zeitraumes dürfte somit sehr wahrscheinlich durch die gleichzeitige Influenzaepidemie hervorgerufen worden sein".

Bezeichnend für die Art der Verbreitung der Influenza sind die Beobachtungen in der Strafanstalt Kaisheim und den Irrenanstalten München, Erlangen, Kaufbeuren, Deggendorf und Karthaus Prüll, dass zuerst nur das Pflegepersonal und in beiden letzteren Anstalten davon nur solche erkrankten, die mit Personen ausserhalb der Anstalt in Berührung gekommen waren, und die Aerzte, — erst später die Pfleglinge. In Gabersee, Karthaus Prüll und Bayreuth erkrankte das Pflegepersonal in höherem Maasse nach Umfang und Schwere als die Pfleglinge. Dieselben Erfahrungen wurden übrigens nach dem württembergischen Sanitätsberichte auch dort gemacht. Die Angestellten erkrankten in Schussenried und Zwiefalten zuerst, die ständigen Zellenbewohner dort, wie in Winnenden zuletzt; das Personal erkrankte dazu in stärkerem Maasse als die Pfleglinge.

Die absolute Zahl der Todesfälle an Tuberculose war 1890 um 1233 (die Zahl stimmt nicht genau mit früheren Angaben) höher als im Vorjahre. Diese Mehrung betrifft hauptsächlich die oben angegebenen Monate während und nach der Influenzaepidemie, vor Allem den Monat Januar. Die Einwirkung der Influenza auf vorhandene Tuberculose scheint also meist eine zum baldigen Tode führende Verschlimmerung herbeizuführen.

„Die Sterblichkeit an Tuberculose nach einzelnen Regierungsbezirken zeigt regelmässig erhebliche Unterschiede insbesondere zwischen der Pfalz und Nordbayern einerseits, gegen Südbayern und Oberpfalz andererseits. In der Pfalz ist die Tuberculosemortalität fast doppelt so hoch als in Niederbayern. Von erheblichem Einfluss darauf ist die Besetzung mit städtischer Bevölkerung, da auf die gleiche Zahl dieser ein Drittel und mehr Todesfälle an Tuberculose treffen, als bei der Landbevölkerung."

Sehr belehrend ist die Berechnung der Todesfälle an Tuberculose auf je 100000 Lebende jeder Altersperiode. Die Sterblichkeit ist am grössten in den ersten 5 Lebensjahren, dann zwischen 50 und 70 Jahren, entspricht also allerdings im Grossen der allgemeinen Sterblichkeit (Gärtner), doch nicht vollständig, insofern sie nach dem 70. Jahre wieder abzunehmen scheint und besonders darin verschieden ist, dass nicht das 1., sondern das 2. Lebensjahr die grösste Sterblichkeit hat. Auf 10000 Lebende starben:

im 1. Jahre überhaupt 1890: 3518,
an Tuberculose 1888—90: im Durchschnitt 44,3,
im 2. Jahre überhaupt 1890: 685,
an Tuberculose 1888—90: im Durchschnitt 50,9.

„Sieht man von den ersten Lebensjahren ab, bei welchen die hereditären Fälle von Einfluss sein werden, so ergiebt sich für beide Geschlechter als Zeitpunkt der höchsten Mortalität das Alter vom 61.—70. Lebensjahre, in welchem sie bei dem männlichen Geschlechte 11mal, beim weiblichen Geschlechte

nicht ganz 5mal so hoch ist als im 11.—15., beziehungsweise 6.—10. Lebensjahre.“

Der Typhus hat auch im Berichtjahre noch weiter abgenommen. Für die Oberpfalz, wo dies auch der Fall ist, wird bemerkt: „Nachdem, insbesondere auf dem Lande, so bedeutende hygienische Maassregeln nicht durchgeführt wurden, dass man auf sie die erhebliche Abnahme von Typhus zurückführen könnte, muss diese wohl in dem Schwächerwerden des Virus gesucht werden.“ Es möge dies bei allen voreiligen Schlüssen nach Einführung von sanitären Verbesserungen wohl berücksichtigt werden. Im Uebrigen würde die bayerische Sanitätsverwaltung sich nur verdiente Ehre erwerben, wenn es, wie in England, zu ermöglichen wäre, in künftigen Generalberichten alle Aufwendungen für hygienische Zwecke von Seiten des Staates, der Kreise, Districte und Gemeinden alljährlich vollständig aufzuführen. Dieser Wunsch wurde schon früher vom Ref. ausgedrückt; seine Erfüllung wäre von grossem Nutzen für die öffentliche Gesundheitspflege, weil sie Zurückgebliebene aufmerksam machen und aneifern müsste, abgesehen vom Nutzen für die gesammte Staatsverwaltung, welche die öffentlichen Mittel wohl abgewogen und nicht einseitig für besonders beliebte Zwecke verwenden soll, wie es noch so manchenorts gerade zum Nachtheile der öffentlichen Gesundheitspflege geschieht.

Wir müssen uns aus dem Eingangs angeführten Grunde versagen, Weiteres aus dem Inhalt anzuführen. Die Generalberichte schildern nicht nur die Verwaltung, sondern auch die gesundheitlichen Zustände der Bevölkerung in Bayern und gerade diese Abschnitte sind für den Arzt nicht weniger belehrend. Sie eröffnen ihm Blicke in volkswirthschaftliche Verhältnisse, welche ihm wissenswerther sein dürften, als manche Früchte seines hergebrachten Studienganges. Dr. Kolb.

Medicinalrath Dr. **Pfeilsticker: Medicinalbericht von Württemberg** für die Jahre 1888, 1889 und 1890. Im Auftrage des k. Ministeriums des Innern herausgegeben von dem k. Medicinalcollegium. Mit 15 Uebersichtskärtchen. Stuttgart, 1893.

Dieser württembergische Medicinalbericht ist wieder mit ausserordentlicher Sorgfalt und Genauigkeit bearbeitet. Er lässt sozusagen das ganze Räderwerk der Sanitätsverwaltung in seinem Gange von Tag zu Tag in Stadt und Land beobachten und giebt neues Zeugniss von dem Eifer aller Glieder derselben.

Vor Allem wird jeder Sanitätsbeamte in dem Theile über öffentliche Gesundheitspolizei eine Fülle von Auszügen von Gutachten und Entscheidungen über vorhandene Missstände finden, welche sehr lesenswerth sind.

Der Bericht zeigt die Aehnlichkeit verschiedener allgemeiner Verhältnisse mit den bayerischen. Wie hier hat in den letzten Jahren auch in Württemberg die Zahl der Geburten abgenommen. Im Jahre 1890 betrug die Zahl der Geborenen nur noch 34 auf 1000 Lebende, gegenüber 47 in den Jahren 1875 und 1876. Wie in Bayern ist die Sterblichkeit im Ganzen in den letzten 20 Jahren gefallen, doch in den Berichtsjahren wieder etwas gestiegen, indessen gerade am wenigsten im Influenzajahr 1890. „Durch das Steigen der Sterblichkeit bei fortgesetztem Sinken der Fruchtbarkeit ist in den Berichtsjahren die Ziffer für den Ueberschuss der Geburten in hohem Grade, insbesondere im Jahre 1889, auf einen seit lange nicht mehr erreichten Tiefpunkt gesunken.“ Er betrug für jenes Jahr nur noch 7,93 auf 1000 Einwohner (in Bayern 7,6 pro mille).

Auch in Württemberg hat die Sterblichkeit an Typhus in den letzten 2 Decennien sehr abgenommen. „Mit 156 Todesfällen im Jahre 1890 ist der tiefste Stand der Typhussterblichkeit seit dem Jahre 1872 erreicht. In letzterem Jahre hatte die Zahl der Todesfälle 730, also fast das 5fache betragen.“

Entgegengesetzt wie in Bayern nimmt die Zahl der Pfuscher beständig zu. Es dürfte interessiren, dass die Unfallversicherung ausnahmsweise für das ärztliche Ansehen auch einmal, wenigstens indirect, von günstigem Einflusse sein kann. Gegen 3 Pfuscher wurde von der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft, und zwar 2mal mit gutem Erfolg, Strafantrag gestellt. Dies „dürfte auch insofern wohlthätig wirken, als solche durch sie veranlassten gerichtlichen Verhandlungen der Bevölkerung doch auch manchmal die Augen darüber öffnen können, welchen Händen sie ihr körperliches Wohlergehen in blindem Vertrauen und Aberglauben anvertrauen“. Dr. Kolb.

v. Ziemssen und **Bauer: Arbeiten aus dem medicinisch-klinischen Institute zu München.** III. Band. Mit 13 lithographirten Tafeln und 9 Abbildungen im Text. Leipzig, Vogel.

Kaum 3 Jahre sind seit dem Erscheinen des II. Bandes verflossen und schon liegt uns wieder ein stattlicher Doppelband der Arbeiten des Münchener klinischen Instituts vor. Da die Abhandlungen in dem Archiv für klinische Medicin bereits gedruckt und in dieser Wochenschrift auch kurz referirt sind, so ist es nicht nöthig auf dieselben im Einzelnen einzugehen. Ebenso überflüssig ist es auch, aufs Neue hervorzuheben, welch glänzendes Zeugniss von der lebhaften Thätigkeit des Instituts dieser neue Band ablegt und in welchem Grade die glückliche Vereinigung eines grossen Krankenmaterials und eines gut eingerichteten Instituts unter genialer Leitung fruchtbringend für die medicinische Wissenschaft werden kann. Es genügt die einfache Anzeige: Es ist ein neuer Band erschienen. Penzoldt.

Beiträge zur Augenheilkunde. Bei Anlass des 25jährigen Professorenjubiläums von Herrn Prof. Schiess-Gemuseus, herausgegeben von Dr. Mellinger, Privatdocent der Ophthalmologie an der Universität Basel. Basel, Benno Schwabe, Verlagsbuchhandlung. 1893. Preis 8 Mark.

Von den aus der Feder ehemaliger und jetziger Assistenten und Schüler des Jubilars herrührenden Beiträgen, die vorzugsweise das klinisch-praktische Gebiet betreffen, behandelt der erste Verfasser Dr. Betke-Bremen auf Grund von 29 eigenen Beobachtungen die Magnetoperation. Von der Ansicht ausgehend, dass für den Arbeiter die Erhaltung eines einigermaassen erhaltenen und ungefährlichen Stumpfes werthvoller sei, als die täuschendste Prothese, tastete B. in den Fällen, in denen ein Bruchtheil des Sehvermögens zu erhalten von vornherein unmöglich schien, auch in rücksichtsloser Weise mit dem Magneten das Innere des einen Fremdkörper beherbergenden Augapfels ab, während er in besser gelagerten Verletzungen in möglichst schonender Weise vorging. Die meisten Fälle wurden in Chloroformnarkose operirt; in einigen, in denen der Fremdkörper ohne starke Bulbusdrehungen zu erreichen war, war eine subcorporale Cocaininjection ausreichend.

Bei heftig auftretenden Entzündungen seitens des Uvealtractus gab B. mit Vorliebe gewöhnlich 2mal 0,5 Calomel jeden 4. Abend, so lang es angebracht schien. Er sah darnach manchmal überraschende Erfolge. Von 30 Sondirungen waren 17 erfolgreich. In 6 Fällen konnte die Diagnose später bestätigt werden, während 6mal die Frage, ob ein Fremdkörper im Augeninnern vorhanden, unentschieden blieb. Bemerkenswerth war in einem Falle, dass der Fremdkörper, nachdem er das untere Lid und doppelt die Sclera durchschlagen, an der Aussenseite des Bulbus zwischen der Insertion des M. rect. int. und des Sehnerven lag.

Den schädlichen Einfluss des Cocain. muriat. auf die erste Vereinigung von Hornhautwunden erörtert Dr. Mellinger an der Hand von klinischen Fällen, in denen sich nach einer mit Cocain vollzogenen Starausziehung eine länger dauernde Störung in der Anheilung des Wundlappens zeigte in einer Art, die der von Pflüger-Bern 1886 mitgetheilten Beobachtung ähnlich war. Das Hauptsymptom war ein auch bei gut geschlossenen Lidern hervortretender ungenügender oder gänzlicher Mangel eines Verschlusses des Schnittes. Als weitere Folgen stellten sich ein nachträgliche Umklappung des Lappens oder langes Aufgehobensein der vorderen Kammer. Die Heilung geschah nicht in der bei Hornhautwunden üblichen Art, sondern durch Gefässneubildung, die den Schnittrand erreichte und dort zur Bindegewebsneubildung und Vernarbung Veranlassung gab. Bei den sich daran anschliessenden ex-

perimentellen Untersuchungen an Kaninchen, denen mit einem Schmalmesser Cornealwunden dem oberen Pupillarrande gegenüber angelegt wurden, fand R., dass das Cocain. mur., in 1, 2 und 5procentigen Lösungen angewandt, die erste feste Vereinigung von Hornhautwunden stört und zwar in directem Verhältniss zur Stärke der Lösung und zur verbrauchten Quantität. Die hervorgerufene Störung beruht auf der Behinderung der Entstehung eines primären, lamellären Wundverschlusses und der Erschwerung der Bildung eines Gerinnungspfropfes im parenchymatösen Theil einer Hornhautwunde. Die Ursache dieser Störungen sind eine die Hornhautelasticität beeinträchtigende Wirkung des Cocain. mur. und ferner die durch dieses Mittel hervorgerufene von Würdinger beschriebene Lympharmuth des Parenchyms der Cornea. Als Folge dieser Störungen ist der rein epitheliale, wenig widerstandsfähige Verschluss anzusehen, der die erste Vereinigung von Wunden cocainisirter Hornhäute bildet.

Von demselben Verfasser wird ein neuer, leicht zerlegbarer, selbstthätiger Ecarteur ohne jede Schraubenvorrichtung beschrieben, der manche Vorzüge gegenüber den bisher gebräuchlichen Instrumenten zu besitzen scheint.

Von den übrigen Beiträgen hat für die Leser dieser Zeitschrift noch Interesse die von Th. v. Speyer mitgetheilte Schiess'sche Operationsmethode zur Beseitigung hartnäckiger Trichiasis am unteren Augenlide, bezüglich deren wir auf das Original, das die Beschreibung durch mehrere Abbildungen erläutert, verweisen.

Die Ausstattung der Festschrift ist eine nach jeder Richtung hin musterhafte. Eversbusch.

Dr. **P. Rupprecht: Die Ausräumung der Leistengrube bei krebsiger Erkrankung der Leistendrüsen.** Centralbl. f. Chirurgie Nr. 16, 1893.

Für die methodische Entfernung der Leistendrüsen bei Krebs des Nabels, Penis, Anus, der Vulva und unteren Extremität, die eben so nöthig ist, wie Ausräumung der Axilla bei Brustkrebs und die R. seit 10 Jahren gleichzeitig oder kurz nach der Krebsoperation stets ausführt, empfiehlt Rupprecht ein an 23 Fällen (ohne Todesfall oder Nachblutung) erprobtes Vorgehen: Schnitt vom Tuberculum pubis bis zur Spina ant. sup. eventuell die verwachsenen Drüsen umkreisend, von diesem aus senkrechter Schnitt längs der grossen Gefässe, Unterminirung der Haut, oben bis auf Aponeurose des Obliquus extern., aussen bis auf Fascia lata, innen bis auf die Adductoren; stumpfe Loslösung der so umschnittenen dreieckigen Fettmasse von den genannten Fascien nach der Fossa ovalis zu, 2fache Unterbindung der Vena saphena magn. im unteren Wundwinkel und Durchtrennung derselben (wenn nöthig, noch Spaltung des Processus falciformis). Säuberung der Fossa ovalis von Drüsen und Fett. Der zuletzt an der Einmündungsstelle der Saphena in die V. cruralis hängende Klumpen wird schliesslich, nach Unterbindung dicht an der Cruralvene, abgetragen. Die Schenkelgefässe werden in jedem Fall mehr weniger weit blossgelegt, etwaige Bruchsäcke uneröffnet bei Seite geschoben oder nach Reposition des Inhalts umschnürt und excidirt. Bei eventueller Verletzung der Schenkelvene (die Ref. nicht vorgekommen) empfiehlt er seitliche Ligatur (bei kleiner Oeffnung) oder Gefässnaht. Manchmal ist Spaltung des Lig. Pouparti zur Entfernung einiger höher gelegenen Drüsen nöthig. Die Operation ist sonach dem auch von Lauenstein angegebenen Verfahren entsprechend, doch empfiehlt R. das Verfahren nicht, wie L. für Ausräumung vereiterter Leistendrüsen, zieht vielmehr dabei die Ausschälung nach ausgiebiger Freilegung vor, fordert dagegen die Ausräumung im Zusammenhang mit allem Fett und Zellgewebe bei secundärem Carcinom und beim primären und secundären Sarkom. Bei grösserem Hautdefect tamponirt R. die Wunde, sonst näht er sie nach ausgiebiger Drainirung und verbindet mit feuchtwarmen 1—2 proc. essigsauren Thonerdecompressen, die einfach durch Auflegen eines flachen Sandsackes befestigt werden, und unter denen die Wunden grösstentheils reactionslos heilten. Schreiber.

Festschrift zur Feier des siebzigsten Geburtstages von Hermann v. Helmholtz. Mit 10 Tafeln, darunter 8 Farbendrucktafeln. Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. Preis 30 M.

Die ursprünglich nur für die Mitglieder der deutschen ophthalmologischen Gesellschaft bestimmte Festschrift ist nunmehr auch in den buchhändlerischen Vertrieb gebracht. Es ist das dankbarst zu begrüssen, da in der That der reiche Inhalt der Festgabe ihre Verbreitung auch in weiteren Kreisen wünschenswerth erscheinen liess. Dabei handelt es sich um fachwissenschaftliche Mittheilungen aus den verschiedenen Theilen der Augenheilkunde und von angesehenen Fachvertretern des In- und Auslandes. Eine genauere Analyse der einzelnen Beiträge ist aus äusserlichen Gründen nicht thunlich. Zudem machen die ophthalmoskopischen und physiologisch-optischen Mittheilungen, die in einer dem Erfinder des Augenspiegels und dem Verfasser des Lehrbuchs der physiologischen Optik gewidmeten Schrift naturgemäss im Vordergrund stehen, das Studium des Originals selbst unerlässlich. Auch in typographischer und künstlerischer Beziehung haben wir es mit einem Werk ersten Ranges zu thun, das dem Verleger alle Ehre macht. Der Preis ist ein mässiger zu nennen. Eversbusch.

Festschrift zum 70. Geburtstage von F. v. Esmarch überreicht von Schülern, Freunden und Verehrern. Kiel und Leipzig, Lipsius und Tischer, 1893.

Die stattliche Reihe der dem Jubilar gewidmeten Beiträge eröffnet F. Petersen mit einer Anzahl von Mittheilungen aus der chirurgischen Poliklinik zu Kiel. Nach Vorausschickung einiger geschichtlicher und statistischer Daten beschreibt er zunächst die Art seiner Wundbehandlung: sorgfältige Desinfection (mit Schmierseife und Lysol) und Sterilisation, Drainage während der ersten 24 Stunden, bei nicht vollkommen durchführbarer Asepsis Tamponade der ganzen Wunde mit Jodoformgaze. Zur Wundnaht verwendet P. fast ausschliesslich Seidenwurmfäden. Wenn dieselben auch etwas theuer sind (100 Stück kosten 4—6 M.), so haben sie doch andererseits ganz ausserordentliche Vortheile. Sie sind sehr fest, so dass man sehr feine Fäden verwenden kann; sie quellen nicht auf, reizen also nicht durch Dicker- und Dünnerwerden; sie haben ein ausserordentlich festes Gefüge, lassen sich infolgedessen durch einfaches mechanisches Abreiben sicher sterilisiren und lassen auch in der Wunde keine Bacterien in sich eindringen wie Catgut und Seide. Sie sind ferner sehr gut haltbar, reizen so gut wie gar nicht und können Jahre lang reactionslos im Gewebe stecken bleiben. — In den weiteren Mittheilungen P.'s finden sich sehr praktische Rathschläge zur unblutigen Entfernung grösserer Angiome, zur Hasenschartenoperation, zur seitlichen Durchsägung des Unterkiefers, zur Behandlung des Schiefhalses und der typischen Radiusbrüche und zur Arthrodese am Fusse. In Bezug auf die Radiusbruchbehandlung möge hier der folgende Satz wiedergegeben werden:

Die Brüche des unteren Radiusendes behandelten wir zuerst, wie wir es gelernt hatten, mit der Stromeyer'schen Schiene, da waren die Ergebnisse manchmal recht schlecht; dann schnitten wir von der Schiene den Fingertheil ab, da wurden die Ergebnisse viel besser; jetzt behandeln wir die typischen Radiusbrüche nur mit einem Tragtuche, da sind die Ergebnisse am allerbesten.

Bier theilt seine Erfahrungen über die **Behandlung chirurgischer Tuberculose der Gliedmaassen mit Stauungshyperämie** mit. Wie bereits aus seinem Vortrage auf dem vorjährigen Chirurgencongresse bekannt, geht Bier von der Thatsache aus, dass die Herzfehler einen mächtigen Einfluss auf das gleichzeitige Vorkommen von Lungentuberculose haben, dass besonders diejenigen Herzfehler, welche den Blutreichthum der Lunge vermehren, eine gewisse Immunität gegen Tuberculose der Lunge gewähren, ja dass eine bereits entwickelte Tuberculose durch eine später hinzugekommene Stauungslunge geheilt werden kann. Auf Grund dieser Thatsachen hat B. an tuberculös erkrankten Extremitäten eine Blutüberfüllung herbeigeführt und dadurch, wie der unparteiische Leser zugeben muss, auffallend günstige Resultate erzielt. Nachdem er zunächst mit activer Hyperämie Versuche angestellt, dieselben aber als ergebnisslos hatte aufgeben müssen, ging er dazu über, von der passiven Hyperämie Gebrauch zu machen. Das dabei angewandte Verfahren ist dem Helferich'schen bei drohender Pseudarthrose in Gebrauch gezogenen nachgebildet: Das Glied wird peripher von der erkrankten Stelle mit Flanellbinden gut eingewickelt, etwas oberhalb des kranken Theiles wird dann eine Gummibinde ziemlich fest angelegt, so dass peripher von ihr eine ziemlich starke Stauung entsteht. Die Hyperämie wird ununterbrochen wochen- und monatelang angewandt, die Binde zweimal am Tage an eine andere Stelle versetzt.

In Bezug auf die Einzelheiten muss auf die Abhandlung verwiesen werden, deren Studium für jeden, der die Methode nachmachen will, unerlässlich ist. Die Resultate des B.'schen Verfahrens sind

erstaunliche, besonders bewährte sich eine Combination von Jodoforminjectionen und Stauungshyperämie.

Pridgin Teale-Leeds giebt einige sehr zweckmässige Anleitungen, um pathologische Befunde zugleich mit den Hauptzügen der ausgeführten Operation schnell zu skizziren.

Nonne-Hamburg bringt einige werthvolle casuistische **Beiträge zur Kenntniss der syphilitischen Rückenmarkserkrankungen.**

Landerer-Leipzig macht Mittheilung von der glücklichen Exstirpation eines faustgrossen **Angioms der Zunge.** Die Operation liess sich nur ermöglichen durch Verödung mit dem Platinbrenner nach voraufgeschickter Tracheotomie und elastischer Umschnürung der Geschwulst.

Sonnenburg-Berlin berichtet über einen Fall von innerer Einklemmung, der nach seiner Ansicht aufzufassen ist als eine **Hernia retroperitonealis** Treitzii sive duodeno-jejunalis. Der Fall wäre der erste seiner Art, der durch die Laparotomie geheilt ist.

Tillmanns-Leipzig beschreibt einen sehr praktischen zusammenlegbaren Operationstisch für die Kriegschirurgie und die chirurgische Privatpraxis.

Schüssler-Bremen hat eine tiefe Atheromcyste des Halses nach der Esmarch'schen Methode durch Punction und Injection Lugol'scher Lösung völlig geheilt, und ein in Folge von acutem Gelenkrheumatismus ankylotisch gewordenes Knie durch brisement forcé wieder beweglich gemacht. Derselbe Autor berichtet über seine Erfahrungen mit der Nephrorrhaphie bei Wanderniere, und über eine höchst erfolgreiche blutige Dehnung des Ischiaticus wegen Perineuritis chronica.

Eine höchst lesenswerthe und besonders für den Praktiker werthvolle Arbeit über die **ambulante Behandlung der tuberculösen Hüftgelenksentzündung mittelst portativer Apparate** stammt von Hoffa-Würzburg.

Nach genauer, durch zahlreiche Abbildungen erläuterter Beschreibung aller besonders von amerikanischen Autoren construirter Apparate kommt H. auf die Behandlungsmethode zu sprechen, wie sie in Deutschland besonders durch die Bemühungen von Hessing und Lorenz ausgebildet ist, und schildert dann genau das in letzter Zeit von ihm mit gutem Erfolg geübte Verfahren. Das unbedingte Erforderniss für eine rationelle Coxitisbehandlung sieht er in der Gestattung des Genusses freier Bewegung in frischer Luft.

Ein Apparat, der dieser Indication gerecht wird, muss erstens das kranke Hüftgelenk absolut fest fixiren, er muss zweitens die betreffende untere Extremität in permanenter Extension erhalten und muss drittens das kranke Gelenk völlig entlasten. Als der zur Zeit beste Apparat ist entschieden der Hessing'sche zu bezeichnen; für poliklinische Kranke sind die von Lorenz und H. angegebenen Vorrichtungen empfehlenswerth. Coxitische Contracturen werden vor Anlegung des Apparates nach der Dollinger'schen Methode ausgeglichen. Die operative Behandlung der Coxitis ist möglichst einzuschränken.

Dittrich-Kiel berichtet über 16 Fälle von **tuberculöser Perichondritis der Rippenknorpel.**

Die Erkrankung beginnt am Perichondrium und charakterisirt sich mikroskopisch durch die Entwicklung eines zellenreichen Granulationsgewebes mit Neigung zur regressiven Metamorphose. In dem angrenzenden Knorpel kommt es zur Auflössung der Knorpelgrundsubstanz und zur Wucherung und Degeneration der Zellen. Die Krankheit nimmt regelmässig ihren Ausgang in Bildung eines Abscesses, der die Grösse einer Wallnuss selten überschreitet. An der ursprünglich erkrankten Stelle bildet sich ein cariöser Herd, die Veränderungen am Knorpel erstrecken sich viel weiter. Aus letzterem Grunde ist eine möglichst gründliche Operation nothwendig.

Eine ganze Reihe kurzer klinischer Beiträge stammt von Lange-New-York. Der erstere derselben betrifft verschiedene zweckmässige Vorschläge zur Ausführung der Mastdarmexstirpation. In der zweiten schildert er ausführlich sein Verfahren der Hämorrhoidenbehandlung, bei welchem die ganze erkrankte Mastdarmschleimhaut mit dem Messer exstirpirt, und der Defect vernäht wird. Des Weiteren folgen noch Bemerkungen über Nierenoperationen, über acute spontane Osteomyelitis und über die Nachbehandlung der Ellbogenresection. In Bezug auf die Osteomyelitis ist die historische Thatsache der Erwähnung werth, dass eine ziemlich exacte Schilderung derselben bereits am Ende des 18. Jahrhunderts von Nathan Smith gegeben wurde.

Sehr bemerkenswerthe casuistische Beiträge zur **Chirurgie der Gallenwege** bringt eine Arbeit von Lauenstein-Hamburg. Ein reiches Material von 17 Fällen giebt ihm Gelegenheit alle wichtigen bei der Gallenchirurgie in Betracht kommenden Fragen zu besprechen. Leider kann hier auf die Einzelheiten nicht näher eingegangen werden.

F. Krause-Altona empfiehlt bei den schweren Fällen von **chronischer Panostitis der Röhrenknochen,** die bekanntlich, ohne je zur Eiterung zu führen, häufig ausserordentlich heftige Schmerzen verursacht, die ganze Markhöhle aufzumeisseln und mit dem scharfen Löffel das Knochenmark zu entfernen. In drei derartig behandelten Fällen hörten sofort nach der Operation die ausserordentlich quälenden Schmerzen dauernd und völlig auf. Die Hautwunde wurde in allen 3 Fällen vernäht, die Heilung erfolgte ohne Störung.

Waitz-Hamburg weist an der Hand zweier Fälle darauf hin, dass die Bauchhernien nach Laparotomien noch immer durch Fehler in der Naht bedingt sind, dass sie manchmal auf Darmverwachsungen zurückgeführt werden müssen. In Folge der Verwachsung kommt es zur Kothstauung, zur Auftreibung der Därme, Steigerung des intraabdominellen Druckes und damit leicht zu einem Auseinandergehen der Fasciennarbe. W. hebt hervor, wie nachtheilig es sei, in den ersten Tagen nach Laparotomien Opium zu verabreichen; man müsse vielmehr durch Abführmittel die Peristaltik der Därme anregen.

Schede-Hamburg bedient sich seit dem Jahre 1887 bei Radicaloperationen von Hernien der **versenkten Drahtnaht** und ebenso seit dem Jahre 1889 bei Laparotomien, in beiden Fällen mit ausgezeichnetem Erfolg. Von 121 geheilten Laparotomirten bekamen nur 7 kleine Brüche in der Narbe, von denen wieder nur 4 der Methode zur Last fallen. Von 153 Radicaloperirten haben 15 Recidive, also etwa 10 Proc. Einige von gestorbenen Operirten gewonnene Präparate zeigen, wie glatt die Silberdrähte einheilen.

Kümmell-Hamburg hat bei einer **subcutanen Ruptur des Extensor pollicis longus** die Sehnenenden freigelegt, und, da trotz aller Anspannung derselben eine Lücke von 10 cm blieb, die beiden Sehnenenden nach dem Vorgange von Gluck durch mehrere zusammengedrehte dicke Seidenfäden verbunden. Nach 4 Monaten war der Patient im Stande, seinen Daumen wieder vollständig zu gebrauchen. Ref. hält es nicht für unwahrscheinlich, dass ohne Operation das Resultat ein ebenso gutes geworden wäre.

Derselbe Autor berichtet über die glückliche Operation von **2 Cysten des Mesecolons,** deren eine mit Exstirpation, die andere stark verwachsene mit Annähung, Incision und Drainage behandelt wurde.

Mit den beiden Kümmell'schen sind jeszt im Ganzen 53 Operationen von Mesenterialcysten bekannt geworden. Für die Diagnose ist der Nachweis einer mit der Cyste verlötheten Darmschlinge von Wichtigkeit.

Schlange-Berlin berichtet über 5 Fälle von **Cysten der langen Röhrenknochen.**

Bei 3 derselben handelte es sich um Cysten mit geschwulstartiger Umgebung, bei 2 um Cysten ohne eine solche. Die ersteren trugen alle den Charakter von Erweichungscysten, die geschwulstartige Umgebung zeigte in dem einen Falle faserknorpelige, in dem anderen rein bindegewebige, in dem anderen sarkomatöse (Riesenzellen) Beschaffenheit. Diese Unterschiede hören auf, auffällig zu sein, sobald man sich diejenigen typischen Gewebsformen vergegenwärtigt, aus denen der Knochen sich entwickelt. Der Sitz der Cysten war immer an den Enden der Diaphysen, das erste Krankheitszeichen bestand 2mal in einer Fractur; im Anschluss an dieselbe, im dritten Fall ohne Weiteres, entwickelte sich eine langsam zunehmende Verbiegung des Knochens. Die Behandlung bestand in der sorgfältigen Entfernung der Geschwulsttheile und Geraderichtung des Knochens. In allen Fällen trat völlige Heilung ein. — Für die Cysten ohne geschwulstartige Umgebung möchte Verf. auch die Entstehung aus der Verflüssigung solider Geschwulsttheile annehmen.

H. Schmid-Stettin hat bei einem 63jährigen Patienten den hypertrophischen in die Blase kuppenförmig vorspringenden Theil des Mittellappens der Prostata vom hohen Blasenschnitt aus entfernt und dadurch eine wesentliche Besserung des Zustandes erzielt, so dass der Kranke seinen Urin 4—6 Stunden lang halten und spontan entleeren kann. Der Fall beweist, dass durch eine derartige Operation noch nach langen Jahren — der Kranke hatte $4^1/_2$ Jahre lang den Katheter benützen müssen — die Blasenmusculatur wieder functionsfähig werden kann.

Caspersohn-Altona hat im Verlauf des Typhus unter 120 Fällen 2mal eine Knochenentzündung auftreten sehen, die er in beiden Fällen, wenn auch der bakteriologische Nachweis fehlt, als specifisch typhöse ansehen zu müssen glaubt. In beiden Fällen musste, nachdem andere Mittel vergeblich versucht waren, schliesslich die operative Therapie eingeleitet werden, welche denn auch prompte Heilung erzielte. Die Entzündung war beide Male eine multiple, durch das Vorhandensein von röthlich-braunen Granulationen in und auf dem Knochen charakterisirte.

Krecke.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. IV. Bd. Leipzig, F. C. Vogel.

1) Prof. K. Dehio-Dorpat: **Ueber symmetrische Gangrän der Extremitäten.** Mit Abbildungen.

Bei Arteriosklerose, Diabetes, Ergotinvergiftung etc. sind Gangränbildungen an den Extremitäten nichts seltenes. Aber auch unabhängig von diesen ätiologischen Momenten ist spontanes Auftreten von Gangrän mehrfach beobachtet und von M. Raynaud als „symmetrische Gangrän der Extremitäten“ nach ihrer Localisation bezeichnet worden. Der Verfasser bringt die Krankengeschichte eines hierhergehörigen Falles, wo sich bei einer Frau unter heftigen Schmerzen Cyanose und Gefühllosigkeit der Endglieder der Finger an beiden Händen ausbildeten, die schliesslich im Verlaufe von Monaten zur vollkommenen Mortification führten. Mikroskopisch fanden sich chronisch-entzündliche Veränderungen der Gefässwände und auch der zugehörigen Nervenstämmchen. Ob aber dies als die Ursache der Erkrankung anzusehen, oder ob diese Zustände nicht erst als die Folge des in ihrer Umgebung in Folge der Abstossung des todten Gewebes sich abspielenden entzündlichen Processes zu betrachten

seien, will der Verfasser nicht bestimmt entscheiden. Im letzteren Falle müsse an die Möglichkeit einer spinalen Erkrankung als Ursache des ganzen Processes gedacht werden.

2) R. Kolisch: **Zur Lehre von den posthemiplektischen Bewegungserscheinungen.** (II. med. Klinik Wien.)

Bei halbseitigen Lähmungen in Folge cerebraler Unterbrechung der motorischen Bahn bestehen nicht selten auf der kranken Seite eigenthümliche motorische Reizerscheinungen, theils den choreatischen, theils den athetotischen Bewegungen zu vergleichen. Die Ursache dieser Störungen wird von den Einen in einem Reize gesucht, der an irgend einer Stelle auf die compacte Pyramidenbahn einwirkt, während Andere die Miterkrankung des Thalam. opticus zum Zustandekommen derselben für nothwendig halten.

K. beschreibt nun 2 Fälle näher, bei denen in dem einen zur Autopsie gelangten ein tuberculöser Herd unterhalb des Thal. opt. in der Vierhügelgegend ausser anderen localen Symptomen cerebellare Ataxie und Hemichorea bewirkt hatte. Im zweiten Falle bestanden die klinischen Symptome einer Pedunculusläsion mit Hemichorea und Tic des Nerv. facialis. K. bringt noch weitere Fälle aus der Literatur, die mit den seinigen zusammen beweisen, dass auch unterhalb des Thal. opt. und ohne dessen Betheiligung von jeder Stelle der Pyramidenbahn von der Hirnrinde bis zur Kreuzung durch einen auf die Bahn wirkenden Reiz posthemiplectische motorische Reizerscheinungen hervorgerufen werden können.

3) S. Fuchs: **Untersuchungen über einen Fall von multipler Neuritis mit Erkrankung der N. N. optici.** (Med. Klinik Wien.) Mit Abbildungen.

Ausführliche Krankengeschichte und mikroskopischer Befund eines Falles, bei dem eine 33jährige Frau unter Schmerzen und Parästhesien an rasch sich entwickelnden Lähmungen, verbunden mit degenerativer Muskelatrophie an den oberen und unteren Extremitäten erkrankte. Tod an Abdominaltyphus. Interessant ist das Bestehen von athetoseähnlichen Bewegungen an den Armen und einer beiderseitigen schweren Neuritis optica. Mikroskopisch fand sich im Lendenmark eine (alte?) Atrophie des rechten Vorderhornes mit Zellschwund und der bekannte Befund einer degenerativen Neuritis in den peripheren Nerven, von denen nur der Opticus sich etwas abweichend verhielt. Es folgt eine Aufzählung anderer Fälle aus der Literatur, bei denen multiple Neuritis mit Neurit. opt. combinirt war. Ueber das Verhältniss der gefundenen spinalen Affection zu dem neuritischen Process, ob primär, ob coordinirt, kann der Verfasser sich nicht aussprechen, mehr spräche für die letzte Annahme.

4) Hochhaus: **Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn.** (Med. Klinik Kiel.) Mit Abbildungen.

Der Fall betrifft ein geistig sehr zurückgebliebenes Kind, das nicht ganz gelähmt war, aber auch nicht gehen oder sitzen konnte. Die Section ergab fast völligen Balkenmangel und auffallend reiche Entwicklung der Hirnwindungen.

5) Kupferberg: **Ein unter dem Bilde eines Hirntumors verlaufender Fall von chronischem idiopath. Hydrocephalus intern., complicirt mit symptomloser Syringomyelie.** (Med. Klinik Freiburg.)

Ein seltener Fall einer Combination von Hydrocephalus mit Syringomyelie. Bei einem 48jährigen Manne entwickelten sich die Symptome des wachsenden Gehirndruckes neben Anfällen von Bewusstlosigkeit und motorischen Reizerscheinungen, später traten Lähmungen einzelner Gehirnnerven ein, wie sie bei basalen Gehirntumoren vorkommen. Die Section ergab einen starken Hydrocephalus des ganzen Ventricularsystems und ausserdem anscheinend davon vollkommen unabhängig eine das halbe Rückenmark durchziehende, mit Flüssigkeit gefüllte Spaltbildung in den beiden grauen Hörnern. Die Basissymptome wurden durch den stark erweiterten III. Ventrikel erzeugt. Der Verf. hält die Veränderung für congenital veranlagt. Es folgen einige Fälle von Hydrocephalus des Erwachsenen, die alle theils unter dem Bilde des Tumors, theils einer Meningitis verlaufen sind. Bezüglich des Zusammenvorkommens von Hydrocephalus und Syringomyelie findet Verf. 19 hierher gehörige Fälle, die theils congenital, theils im Anschluss an Hirntumoren etc. bestanden. Symptomlose Syringomyelie ist bisher in 9 Fällen beschrieben.

6) Daxenberger: **Ueber einen Fall von chronischer Compression des Halsmarks mit besonderer Berücksichtigung der secundären absteigenden Degenerationen.** (Med. Klinik Erlangen.)

Wie schwer unter Umständen die Differentialdiagnose zwischen der Syringomyelie und anderen Querschnittserkrankungen des Rückenmarkes ist, zeigt der Verf. an einem auch anatomisch genau untersuchten Falle, wo bei einem jungen Menschen in der Zeit von 6 Jahren allmählich eine Schwäche der Beine und des rechten Armes sich ausbildete. Nie Schmerzen. Es entstanden weiter Muskelatrophien am rechten Arm (Triceps, Vorderarmbeuger, kleine Handmuskeln), Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung etc., Tastsinn normal; bei der Section fand sich eine Compression durch Caries des I. Br. W. Mikroskopisch zeigte sich in den Hintersträngen ausser der absteigenden Degeneration in Gestalt der bekannten Schultze'schen Kommaform, auch ein Bezirk, dem ovalen Felde Strümpell's zwischen den beiden Goll'schen Strängen entsprechend, das bei der Tabes häufig verschont bleibt, absteigend degenerirt.

Dr. Chr. Jakob-Erlangen.

Vereins- und Congress-Berichte.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 17. Mai 1893.

Privatdoc. Dr. Ziegler: **Zur Beurtheilung perforirender Bauchwunden.**[1])

Dass complicirte Bauchwunden laparotomirt werden müssen, darüber besteht heutzutage kein Zweifel, aber in der Mehrzahl der Fälle ist es nicht klar, ob eine Bauchwunde complicirt ist oder nicht, und in der Behandlung dieser Fälle gehen die Meinungen weit auseinander: hier Interventionisten — hier Abstentionisten, d. h. die ersteren machen die Laparotomie nach jeder Bauchwunde sofort sobald als möglich, die letzteren gestatten den Eingriff erst, wenn gewisse Symptome für die Verletzung innerer Organe sprechen.

Der Streit drehte sich bisher hauptsächlich darum, ob Darmwunden spontan heilen können, wie häufig Bauchwunden complicirte oder einfache sind, was die Statistiken und Thier-Versuche ergeben.

Die Spontanheilung darf wohl in Anbetracht ihrer Seltenheit praktisch ausser Acht gelassen werden; die Häufigkeit einfacher Bauchwunden muss wenigstens bei die Bauchhöhle nicht traversirenden Stichwunden, wie Redners Statistik und Leichenversuche beweisen, berücksichtigt werden, während der Statistik und den Thier-Versuchen keine entscheidende Stelle beizumessen ist. Der Streit ist nach Ansicht Redners vielmehr auf andere Weise zu entscheiden: 1. kann man sich in keiner Weise sicher auf Symptome innerer Verletzungen stützen, da dieselben ganz variabel sind, in vielen Fällen von Darmwunden alle Zeichen fehlen, bis mit einem Mal das ganze Bild der acuten Peritonitis sich entwickelt, welcher der Kranke rapid unterliegt; 2. durch das Zuwarten werden die Chancen von Stunde zu Stunde unendlich viel ungünstiger, was man ziffernmässig beweisen kann; 3. der von den Abstentionisten erhobene Einwand der grossen Gefahr einer Evisceration lässt sich in vielen Fällen durch die bessere Technik umgehen, für Stichwunden dürfte überhaupt meist die blosse Erweiterung des Stiches genügen.

Eine Laparotomie ist jetzt bei geeigneten äusseren Verhältnissen kein schwerer Eingriff mehr; sicher wiegt eine vergeblich gemachte Laparotomie eine unterlassene oder zu spät gemachte auf.

Wenn auch die speziellen Verhältnisse bei dem einzelnen Fall mit beurtheilt werden müssen und allenfallsige Modificationen in der Behandlung eintreten können, so ist doch im Allgemeinen an folgenden Sätzen festzuhalten:

1. für alle Verletzungen mit grossen Stich- und Schnittwaffen die sofortige Laparotomie, wenn nicht schon die äussere Wunde durch ihre Grösse genügende Uebersicht gewährt;
2. für alle Schussverletzungen ebenfalls die sofortige Laparotomie;
3. für alle Stichverletzungen mit kleinen Instrumenten die sofortige Erweiterung, an die sich dann, wenn nöthig, die sofortige Laparotomie anschliessen kann:
4. für Bauchwunden, deren Penetration nicht sicher fest steht, präparatorisches Freilegen des Wundcanales.

Unter 8 complicirten Bauchstichwunden der Münch. chir. Klinik ist nur ein Fall tödtlich verlaufen und auch dieser wäre ohne Zweifel gerettet worden, wenn nicht, da der Fall anfangs symptomlos war, zugewartet worden wäre.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

Sitzung vom 7. März 1893.

Dr. Sittmann: **Demonstration eines durch congenitales Cavernoma angiosum verursachten Defectes des Schädeldaches.**

Bei einem 74jährigen, stets gesunden Manne findet sich im rechten Scheitelbeine und zwar im hinteren oberen Winkel, ca. 2 cm von der

[1]) Ausführlich public. in der Monographie: Studien über intest. Form der Peritonitis. Rieger, 1893. pag. 32—54.

Lambdanaht entfernt, ein nahezu viereckiger Knochendefect mit leicht abgerundeten Ecken; die Seitenlänge des Defectes beträgt 4 bis 4,5 cm, die Diagonalen ca 6 cm. Der Rand des Defectes ist abgerundet, nur die hintere Kante ist etwas schärfer. In der Tiefe fühlt man mehrere riffartige Vorsprünge und Spangen von knorpelartiger Consistenz; dieselben lassen sich durch Druck etwas nach innen eindrücken. Man hat das Gefühl, als ob in dem den Boden des Defectes bildenden Gewebe diagonal verlaufende Spalten sich befänden.

Die den Defect überziehende Haut zeichnet sich vor der Haut der Umgebung dadurch aus, dass die kleinen Gefässe erweitert sind, wodurch ein blaurothes Colorit zu Stande kommt. Narbenzüge sind mit Sicherheit nicht zu erkennen.

Die rechte Hälfte des Defectes wird in der Tiefe synchron mit der Radialarterie pulsatorisch erhoben. Wird der Kopf vornübergebeugt, oder presst der Mann oder comprimirt man die Halsvenen, so beginnt der Defect sich auszugleichen und zwar in der Weise, dass zuerst die linke Hälfte vom Rande her ausgefüllt wird und dann, ebenfalls vom Rande her, die rechte. Die Pulsation wird dabei geringer, bleibt aber deutlich. In maximo erhebt sich dann der den Defect füllenden Tumor ca. 2 cm über die Oberfläche des Schädels und legt sich über die Ränder des Loches; in der Mitte zeigt der Tumor eine ziemlich beträchtliche Einziehung, von der aus nach der Peripherie zum Theil sich noch einmal einfach theilende Furchen, strahlenförmig verlaufen. Die Geschwulst bekommt dadurch ein knolliges Aussehen; ihre Farbe ist livid, mehr bläulich als in gewöhnlichem Zustande.

Die Anschwellung des Tumors kommt nicht zu Stande, wenn man gegen die rechte Hälfte des Defectes einen nach der Tiefe gerichteten Druck ausübt.

Bei Nachlass des Druckes oder der Compression entleert sich die Geschwulst und zwar vom linken Rande her.

Aus dem Verhalten der Geschwulst bei der Füllung und Entleerung geht hervor, dass sie mit Blutgefässen in Verbindung steht; das zuführende Gefäss mündet auf der rechten Seite in der Tiefe, das abführende ergiesst sich durch die fühlbaren Spalten in den Sinus longitudinalis; die Pulsation der rechten Hälfte beweist, dass das zuführende Gefäss eine Arterie ist; die Farbe des gefüllten Tumors zeigt an, dass er der Hauptsache nach aus grossen Hohlräumen besteht, die venöses Blut enthalten. Schwellbarkeit, Farbe und äusserer Bau beweisen, dass wir es mit einem Angioma cavernosum — tumeur érectile der Franzosen — zu thun haben.

Man wird nicht fehl gehen, wenn man annimmt, dass das Angiom schon intrauterin bestand und durch seine Pulsation sowie durch häufiges Anschwellen — bedingt durch Bücken, Anwendung der Bauchpresse, Schreien in den ersten Lebensjahren — eine Vereinigung der entsprechenden Stelle des Scheitelbeines mit dem gegenüberliegenden verhinderte. Mit dieser Auffassung decken sich die Angaben des Mannes, der berichtet, seine Mutter habe nach seiner Geburt gemerkt, dass ein grosser Theil der rechten Kopfhälfte weich geblieben sei; erst im Laufe der Jahre sei das Loch etwas kleiner geworden; so lange der Mann selbst sich erinnert, blieb der Defect immer unverändert und zeigte bezüglich der ausfüllenden Geschwulst das gleiche Verhalten wie jetzt.

Der Fall unterscheidet sich von den wenigen in der Literatur niedergelegten Defecten des Schädeldaches in Folge Druckes von Seiten eines Angioms (Dupuytren, Virchow, Meeresmann, Melchiori, Michaud) dadurch, dass diese sich erst nach der Geburt entwickelten und dass der Defect in diesen Fällen als Usurirung des fertigen Knochens aufgefasst werden muss, während der Defect im vorliegenden Falle eine Wachsthumshemmung darstellt.

Congress des British Institute of Public Health, Edinburgh.

Choleraherde und deren Unterdrückung.

Auf dem zu Edinburgh abgehaltenen Hygienecongress sprach Mr. E. Hart über Choleraherde und die Wege, denselben am besten beizukommen.

Ausgehend von den Untersuchungen über die britischen Epidemien von 1848 und 54 (Snow und Simon), die von London East 1866 (Radcliffe und Hart), die letzte Hamburger Epidemie u. s. w. kommt er zu folgenden Hauptsätzen:

1) Die Cholera ist eine Krankheit der Unreinlichkeit, sie wird durch unreines Volk auf unreine Localitäten übertragen, und durch specifisch verunreinigtes Wasser verbreitet.

2) Cholera kann zwar hineingegessen und getrunken, aber man kann von ihr nicht angesteckt werden.

3) Für praktische Zwecke genügt es, die Cholera als eine ausschliesslich durch Wasser, welches durch menschliche Excremente verunreinigt wurde, verbreitete Krankheit anzusehen.

Daraus ergibt sich, dass man die Cholera weder durch Quarantaine noch durch ärztliche Inspection mit Ausräucherung und Desinfection fernhalten kann. (H. bezeichnet diese Maassregeln als „eitle Ceremonien und blosse Zugeständnisse an die Unwissenheit und die Vorurtheile der Menge“), sondern nur durch die Sorge für absolut reines Trinkwasser oder wenn das nicht möglich, durch Kochen desselben vor dem Gebrauch.

Des Weitern geht H. dann näher auf die Quellen der Cholera und ihre ständigen Herde ein, von denen aus die Verbreitung erfolgt, und bringt, was das Wichtigste ist, praktische Vorschläge zu deren Beseitigung.

Die Quelle der Cholera ist in Indien zu suchen, ihre Brutstätten und Ausgangsthore sind die grossen indischen Märkte und die Meccafahrt. Die Wege sind hauptsächlich zwei: einer über den Kaukasus durch Russland zu den baltischen Häfen und von da direct westwärts oder über Hamburg; der andere über Mecca durch die Pilgerkarawanen und Schiffe via Suez nach dem südlichen Europa.

H. beschreibt dann die Hindufeste, namentlich das zu Hardwár. Dieselben sind nicht nur Märkte zum Austausch von Waaren, sondern auch zur Verbreitung aller möglichen Krankheiten. Der Hauptzweck und die Hauptinfectionsgefahr ist bei diesen Festen für den Hindu das Baden im heiligen Flusse Ganges und das Trinken seines geheiligten und durch die Badenden so vielfach verunreinigten Wassers. In gleicher Weise erfolgt die Infection zu Mecca, wo die von allen Seiten herbeigeströmten Pilgerschaaren in dem Zamzan (Hagar-) Brunnen zu gleicher Zeit baden und trinken; dazu das gleichfalls vom Koran vorgeschriebene Küssen der Kaaba, die enggedrängten Lagerstätten ohne jede Drainirung, die Verunreinigung durch die zahllosen Schlachtplätze etc.; alle diese Umstände machen das sonst unter günstigen hygienischen Bedingungen stehende Mecca zu einem wahren Brutnest der Cholera.

H. berichtet nun über die in Indien 1891 bei Gelegenheit des Kumbhfestes zu Hardwár durchgeführten hygienischen Maassregeln, über deren strikte Befolgung bengalische Cavallerie und über 1000 Schutzleute wachten und zu deren Ausführung ein Heer von „Sweepers“ aufgeboten und 8 Nothspitäler errichtet worden waren. Die Pilger strömten aus lauter Choleragegenden zusammen, aber eine Epidemie kam nicht zum Ausbruch.

Dasselbe muss sich auch, meint H., in Mecca durchführen lassen, nur ist hier das Eingreifen einer europäischen Macht, wie es England in Indien möglich war, in Folge der eigenartigen Verhältnisse nicht thunlich. Eine Aenderung der bestehenden Verhältnisse kann nur vom Sultan ausgehen. Er ist zwar das Haupt der Muhammedanischen Kirche, wird jedoch nicht das Odium auf sich nehmen können, durch christliche Mächte sich zu einem solchen Schritt zwingen zu lassen. Der eigentliche Herr ist der erbliche Sherif von Mecca, der, was seinen Einfluss in religiösen Dingen anlangt, wohl einen Kampf mit dem Sultan aufnehmen kann. Schritte von Seiten des Sultan können daher nur unternommen werden, wenn derselbe durch eine starke Partei von aufgeklärten Muhammedanern unterstützt wird. Und eine Bewegung in diesem Sinne scheint auch im Werke zu sein, wenn man einem von Rafiuddin Ahmed, dem Präsidenten der muhammedanischen Vereinigung in London, an Hart gerichteten Schreiben Gewicht beilegen darf, wonach derselbe bereits im Verein mit gleichgesinnten hochgestellten Türken in Konstantinopel Vorstellungen beim Sultan gemacht hat, die auf Erfolg hoffen lassen.

H. fasst nun seine Forderungen folgendermaassen zusammen:

1) Reorganisation des indischen Gesundheitswesens, speciell Ueberwachung der Hindufeste nach dem Muster des zu Hardwár 1891.

2) Strenge ärztliche Untersuchung und Zurückweisung aller krankheitsverdächtigen Pilger womöglich schon am Ausgangspunkt der Pilgerfahrt und an den Sammelplätzen.

3) Zulassung von weiblichen (muhammedanischen) Aerzten zur Untersuchung der indischen Frauen, ohne welche eine Ueberwachung des weiblichen Theiles der Pilger gar nicht durchführbar wäre.

4) Genaue Untersuchung und Ueberwachung der hygienischen Verhältnisse in Mecca, speciell des Zamzanbrunnens, durch die türkischen Behörden. Dr. F. Lacher.

III. Französischer Congress für Tuberculose.

II.

Die Ruhepausen im Verlaufe der Tuberculose; Ursachen der Recidiven.

Legroux vertritt den Standpunkt, dass es nur selten eine Heilung der Tuberculose gäbe und, was oft fälschlich dafür angesehen werde, seien temporäre Ruhepausen im Verlaufe der Krankheit. Dies ist für das therapeutische Handeln insofern von Wichtigkeit, als wir dabei nicht so fast die scheinbare Heilung als das Erscheinen solcher Pausen und möglichst langen Bestand derselben im Auge behalten müssen. Zum Zustandekommen dieser Pausen ist erforderlich, dass der Bacillus fest eingeschlossen ist und die Fähigkeit verloren

hat, sich über die ursprünglich ergriffenen Stellen hinaus zu verbreiten und dass er keine toxische Substanz mehr secernirt. Erst wenn ein neues Element, sei es eine intercurrente Erkrankung oder eine Mikrobenassociation, sich zum Tuberkelbacillus hinzugesellt und ihm im Organismus eine neue Pforte öffnet, beginnt wiederum der Kampf zwischen diesem und dem Bacillus; dieser Kampf zieht sich also nicht continuirlich weiter bis zum Tode des Kranken oder dem Untergang des Bacillus, sondern er hat mehr oder weniger zahlreiche Pausen. Die chronische Phthise Erwachsener verläuft — bei Abwesenheit jeder Complication — in zweierlei Weise: entweder sie schleicht langsam weiter mit zeitweisen, geringen Besserungen, aber ohne wirklichen Stillstand oder es wird dadurch, dass Dank eines geeigneten Regimes die Widerstandskraft des Patienten sich erhöht, die Weiterentwicklung der Krankheit — manchmal für immer — gehemmt und der Stillstand tritt ein. Dieser kann jedoch nur vorübergehend sein und eine neue Krise den Kranken schnell dahinraffen, wann die allgemeinen und localen Symptome an eine Zerstörung des Tuberkelbacillus glauben liessen, der in Wirklichkeit nur eingeschlossen, neutralisiert war. Derartige Ruhepausen finden sich ebenso wie bei der Lungenphthise bei allen anderen langsam verlaufenden tuberculösen Processen, ausgeprägter und häufiger aber beim Kinde als beim Erwachsenen. Ersteres scheint auch zu gewissen Perioden in seinem Organismus eine grössere Fähigkeit zu besitzen, den Kampf gegen den Tuberkelbacillus erfolgreich durchzuführen, als der Erwachsene. Beim Kinde sind die Prädilectionsstellen primärer Tuberculose die Drüsen, wo sich die Bacillen festsetzen und lange Zeit eine Gefahr für die inneren Organe bilden können, ohne bei ihrem Durchgang durch die intacte Schleimhaut der Atem-, Verdauungs- und Genitalorgane dieselben angegriffen zu haben. Die Scrophulose kann als Typus der „Tuberculose mit Ruhepausen" angesehen werden: die Drüsenentzündungen, die erste Stufe der Krankheit, führen zu Tumor albus, zu Ostitis, zu tief liegenden kalten Abscessen, Peritonitis, Phthise und Meningitis. Und wenn auch oft äusserlich nichts von Drüsenschwellungen bei diesen Krankheiten sichtbar ist, bei den Autopsieen findet man beinahe ausnahmslos verkäste oder verhärtete Drüsen.

Sind von den Bacillen eine oder mehrere Drüsen befallen, so vergrössern sich dieselben infolge der Zellproliferation, welche die Lymphgefässe anfüllt und der Kampf zwischen den Mikroben und Phagocyten beginnt. Erhält der Organismus durch therapeutische und hygienische Maassregeln Unterstützung und werden so die Zellen vor dem Untergang gerettet, so endet der Kampf zu Gunsten der menschlichen Zellen; im anderen Falle werden diese vernichtet und die Drüsen zu einer käsigen Masse, aus welcher die lange lebensfähigen Bacillen ausschlüpfen, um sich weiter zu verbreiten und an anderen Stellen des Organismus zu vermehren. Auch in anderer, complicirterer Weise kann die Ruhepause unterbrochen werden, nämlich durch den Eintritt anderer Krankheiten, wovon an erster Stelle Keuchhusten und Masern zu nennen sind. Das beste Mittel, um den Organismus gegen diese Gefahren zu schützen, gegen diese drohenden Kämpfe zu feien, ist, die Kinder in gesunde Luft zu bringen, aber nicht bloss auf einige Monate, sondern für Jahre, wenn nicht für ständig. Natürlich muss auch die entsprechende Ernährung Platz greifen und Dank dieser Mittel wird es gelingen, die Ruhepausen zu verlängern und sie oft zu recht dauerhaften, wenn nicht ständigen, zu verwandeln.

Infectionskrankheiten als begünstigende Ursachen für Tuberculose.

Verneuil berichtet über einen Fall, wo nach Masern ein geheiltes mal de Pott wieder zum Ausbruch kam und über einen zweiten Fall, wo bei einer heftigen Malaria das vorher ganz gesunde Kind einen leichten Fall auf Kopf und Schulter that und später eine tuberculose Nekrose am Stirn- und Wangenbein, an Clavicula und Unterkiefer, ebenso wie zahlreiche Drüsenabscesse entstanden.

Cannelis (Athen) hatte die Erfahrung gemacht, dass seit den grossen Epidemieen von Influenza der letzten Jahre diese Krankheit in ganz einziger Weise die Lungentuberculose prädisponire. Er habe täglich Phthisiker gesehen, welche den Beginn ihrer Krankheit mit Recht von einer überstandenen Grippe ableiteten. Diejenigen, welche tuberculös werden, hören nicht auf, nach der Grippe zu husten und ohne Unterbrechung folgt dem „Katarrh" die Phthise.

Behandlung der Tuberculose in Sanatorien.

Brunon bedauert sehr, dass in ganz Frankreich nur ein einziges Sanatorium zu diesem Zwecke bestehe, während in anderen Ländern die Anstalten immer zahlreicher würden. Wenn auch der Aufenthalt auf dem Lande allein zuweilen nicht ohne Erfolg ist, so bietet doch die Anstaltsbehandlung Vortheile, welche denselben noch sicherer und anhaltender machen. Ausser den bekannten Vorzügen, wie constante ärztliche Ueberwachung, strenges Regime, Trennung der Kranken von ihrer gewöhnlichen Umgebung ist die beständige Suggestionswirkung, welche die gebesserten Patienten ausüben, nicht zu unterschätzen. Das Alles stellt den Aufenthalt in Sanatorien über jenen, welchen die Kranken allein, selbst in den vorzüglichsten Winterstationen, nehmen.

Petit sieht den Grund für die Misserfolge, welchen oft die Stationen am Mittelmeere haben, mit vollem Recht meist in dem Verhalten der Patienten selbst. Trotz ärztlichen Rathes gehen sie aus, wann es ihnen passt, unbekümmert um Wind und Regen, anstatt nur bei schönem Wetter auszugehen, vor Sonnenuntergang nach Hause zurückzukehren und womöglich immer das Fenster offen zu halten. Die Curorte der Riviera sind nach wie vor ausserordentlich günstig für gewisse Formen von Tuberculose, nur sollte man die Kranken nicht in Hotels, sondern in die kleineren Villen oder auch in Sanatorien, wie das erste nun in Mentone gebaut wird, schicken.

Ueber die Anwendung des Tuberculin als diagnostisches Hülfsmittel.

Wie Nocard die Tuberculineinimpfung als werthvollstes Mittel zur Erkenntniss der Rindertuberculose gezeichnet hat, so kam auch Degive-Brüssel zu demselben Resultate. In Belgien werden seit December 1892 die Tuberculinimpfungen gewissermaassen officiell ausgeführt; an der Veterinärschule ist ein Depot von Tuberculin aus dem Institut Pasteur und jedem Veterinärarzte steht davon zu Gebote; die für ein Thier hinreichende Dosis kostet 40 Centimes. Degive machte die merkwürdige Beobachtung, dass die Reaction bei denjenigen Thieren besonders stark war, welche nur geringgradige Affectionen hatten; andererseits trat bei einigen Thieren keine Reaction ein, welche in hohem Grade erkrankt waren, wohl in Folge der hochgradigen Entkräftung, in welcher sich diese Thiere schon befanden. Diese Reaction ist immer so sicher, dass sie in einem schwierigen Falle den Unterschied zwischen Tuberculose und Rotz bei einem Pferde festzustellen gestattete; das Thier reagirte lebhaft auf Tuberculin und bei der Autopsie zeigte es sich, dass es sich wirklich um Tuberculose handelte.

Thomassen machte in Holland, sowie Siegen in Luxemburg ebenso günstige Erfahrungen über den Werth, welchen das Tuberculin für die Erkenntniss der Rindertuberculose besitzt.

Strauss und Tessier berichten einige Thatsachen, welche, wenn in grösserem Maassstabe bestätigt, das Tuberculin auch zur Erkenntniss syphilitischer Affectionen geeignet machen. Bei 4 Kranken mit secundärer Syphilis, welche völlig fieberlos waren, wurden je $2^1/_2$ Milligramm Tuberculin in die Rückenhaut injicirt. Es stieg jedesmal die Temperatur auf je 38—40° und trat allgemeines Uebelbefinden ein. Bei einem Kranken, welchem 3 Injectionen in grösseren Zwischenräumen (nach je 14 Tagen) gegeben wurden, erfolgte nicht nur jedesmal starke Allgemeinreaction, sondern an den Schleimhautplaques der Mundhöhle eine bemerkenswerthe Localreaction; während dieselben vor der Injection nur mit trockenen Krusten theils in Abschuppung bedeckt waren, zeigte ihre Umgebung nach der Injection intensive Röthung und Schwellung und an den Plaques selbst sickerte serös-eitrige Flüssigkeit aus. Die Reaction war also ähnlich wie bei Lupus und wie sie auch bei Lepra constatirt wurde; bei Individuen mit nichtsyphilitischen Eruptionen zeigte sie sich nicht (bei Erythema scarlatiniforme, Eczema, Akne) und auch keine Veränderung des Allgemeinbefindens. Es wäre also für die 3 Infectionskrankheiten: Tuberculose, Lepra und Syphilis ein neues gemeinsames Merkmal vorhanden. Interessant wäre es, zu erproben, ob die allgemeine und locale Reaction auch bei primärer Syphilis vor der Allgemeininfection eintritt, so dass man im Tuberculin ein differential-diagnostisches Hülfsmittel zwischen syphilitischem und einfachem Schanker besässe. St.

Verschiedenes.

(Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher.) Der heutigen Nr. liegt bei das 29. Blatt der Galerie: Dr. Ludwig Winckel. Vergl. den vorstehenden Nekrolog.

Therapeutische Notizen.

(Die Indicationen der Larynx-Intubation und der Tracheotomie) werden von Burrel in folgender Weise präcisirt: Bei Croup sowohl als bei einfacher Laryngitis im Kindesalter mit Erstickungsgefahr ist die Intubation der Tracheotomie vorzuziehen, dagegen ist letztere indicirt, wenn die croupöse Affection unter die Stimmbänder hinunterreicht. Bei Diphtherie des Schlundes und Kehlkopfs ist ganz zu Anfang die Intubation anzuwenden, dagegen ist bei längerer Dauer der Erkrankung und wenn die Affection sich weiter nach abwärts verbreitet hat, die Tracheotomie angezeigt. Bei Glottisödem eignet sich die Intubation, die Tracheotomie dagegen bei Fremdkörpern in den Luftwegen, bei Compression der Trachea durch Neubildungen, bei Druck auf den N. recurrens, bei Fracturen der Kehlkopf- und Trachealknorpel und bei Kehlkopf-Neubildungen. Im Ganzen eignet sich die Intubation desto mehr, je jünger die Individuen sind. (Boston med. and surg. Journ. 1893, 6. April.)

(Ueber einen günstig verlaufenen Fall von Mamma-Carcinom nach Anwendung von Methylenblau) wird von d'Ambrosio (Neapel) berichtet. Die beiden Mammae waren erkrankt, rechts in Form eines isolirten, noch beweglichen Knotens, linkerseits in Form einer in grosser Ausdehnung exulcerirten Krebsgeschwulst von der typischen Form eines Cancer en cuirasse. Das Methylen-Blau wurde in der Dosis von 1 Gramm einer $^1/_2$proc. Lösung in das Parenchym und in die Peripherie des Tumors mittelst Pravaz'scher Spritze einmal des Tages injicirt und die Geschwürsfläche mit 1proc. Farbstofflösung behandelt. Schon nach 2wöchentlicher Behandlung schwanden die Blutungen und die lancinirenden Schmerzen und nach 4 Monaten

schien der Tumor selbst und die Drüsenschwellung sowie die kleinen Knötchen der Umgebung verschwunden. Nachdem auch der allgemeine Kräftezustand sich gehoben hatte, wurde der rechtsseitige Tumor, welcher nun noch schmerzhaft zu werden anfing, exstirpirt. Eine späterhin auftretende linksseitige Pleuritis konnte nicht auf carcinomatöse Erkrankung der Pleura bezogen werden, weil die durch Punction entfernte Flüssigkeit völlig klar war und nach der Punction Genesung eintrat. Die Stelle des exulcerirten Carcinoms bietet schliesslich nur mehr das Aussehen einer harten Narbe, welche zum Theil von einer schwärzlichen Kruste bedeckt war, und ausserdem bestehen Knötchen in der Haut, welche bei fortdauernder Anwendung der Injectionen noch immer abwechslungsweise auftreten und verschwinden. Der Fall ist ein Beispiel für die günstige Beeinflussung eines Carcinoms durch Farbstoff-Injectionen, wenngleich eine völlige Heilung nicht erreicht worden ist. (Riforma medica 1893 II Nr. 52.)

(Präventiv-Behandlung der Bronchopneumonie bei Kindern.) Jules Simon hält die im Kindesalter so häufige katarrhalische Pneumonie immer für eine Secundärerscheinung, deren Auftreten durch die Schwächung des Organismus bei oder nach Masern, Keuchhusten, Influenza, Diphtherie, Typhus, auch einfacher Bronchitis besonders begünstigt wird; auch auf Coryza, Laryngitis und Pharyngitis kann sie folgen. Simon empfiehlt daher, nach Keuchhusten, Masern und Diphtherie die Kinder im Winter noch 2 Monate, im Sommer 1 Monat im Zimmer zu lassen. Noch so leichte Katarrhe der Nase, des Pharynx und der Bronchien behandle man sorgfältigst. Bei den ersten Symptomen der Lungenentzündung verordne man Bettruhe, heisse Getränke, Einwickelung der Unterextremitäten mit Watte. Heisse Irrigationen in die Nasenhöhlen mit Salol- oder Borwasser, Bepinselung des Pharynx und der Mundschleimhaut mit Borglycerin, Ausspülung der letzteren mit Bor- oder Vichywasser sind je nach dem Beginne des Katarrhs angezeigt. Es gehören ausser dieser Desinfection der Mundhöhle stets Sterilisirung der von den Kranken benützten Wäsche, der Tassen, Löffel und anderer Gegenstände und schliesslich peinliche Sauberkeit des Bettes und Zimmers zur nöthigen Prophylaxe. (Bullet. Med. No. 53.)

(Behandlung der Blenorrhoe mit Gallobromol.) Das Mittel wurde von Cazeneuve und Rollet in Form von Ausspülungen (1/2 Liter einer 1—2proc. Lösung) 2 mal täglich oder von Injectionen 4—5 mal täglich sowohl bei frischen wie veralteten Harnröhrentrippern angewandt; es wirkt besonders günstig auf den Schmerz und die Erectionen. Nach den ersten Einspritzungen verminderte sich der Ausfluss schon merklich und hörte zuweilen nach einigen Tagen ganz auf. Auch über 3 Monate bestehende Tripper wichen nach Gallobromol, besonders den Instillationen in die hintere Harnröhre. Die Lösung von 1:10 ist zu stark und ruft ähnlichen Schmerz hervor wie Argent. nitr. oder Kalium permangan.; meist genügt 1:50,0. Um genauer die Resultate controliren zu können, wurden keine Balsamica oder Salol gegeben, welche zweifellos in manchen Fällen noch günstig mitgewirkt hätten. (Bullet. Med. No. 60.)

(Cornutinum citricum gegen Spermatorrhoe.) Samenfluss ist meist ein Symptom, welches von Uebererregbarkeit des Rückenmarks, Hypersecretion der Samenblase und Atonie des Ductus ejaculatorius abhängig ist. In 27 Fällen von Spermatorrhoe, wo die Menge des aufgefangenen Spermas 1—6 g betrug, der charakteristische Geruch, die gelblich weisse oder klare Farbe und die zähflüssige Consistenz desselben vorhanden und mikroskopisch Spermatozoen nachgewiesen waren, wandte Meisels das Cornutinum citric. in der täglichen Dosis von 0,003—0,006 an. In allen Fällen wurde es gut vertragen und am 2. oder 3. Tag nahm meist der Samenfluss schon ab, um nach 8, höchstens 14 Tagen völlig aufzuhören. Gegen die Spermatorrhoe paralytischer Natur scheint also dieses Secalepräparat ein gutes Mittel zu sein, während es bei der spastischen (Entzündung des Vas deferens und der Samenbläschen) völlig versagt. (Bull. Med. No. 60.) St.

(Zur Beseitigung der Schmerzen bei Zahncaries) wird Einführung von Kampher und Chloralhydrat āā 5,0 mit 1,0 Cocain. muriat. mittels Watte in die cariöse Höhle empfohlen. Eine andere ebenfalls wirksame Mischung besteht aus Cocain. muriat. 1,0, Op. pulv. 4,0, Menthol. 1,0, Pulv. Althaeae und Mucil. gummiarab. āā q. s.; ein aus dieser Paste geformtes Kügelchen wird in die Zahnhöhle eingelegt. Statt des Cocains kann auch Morphium verwendet werden in der Formel: Essent. Menth. 2,0, Chloralhydr. und Kampher āā 4,0 und Morph. hydrochlor. 0,15; mittelst Watte einzulegen. (Rif. med.)

(Gegen Dysenterie) wird von indischen Aerzten das Salol mit Chloroform-Wasser in folgender Zusammensetzung mit gutem Erfolge gebraucht:

Salol	1,5
Ol. Ricini . . .	15,0
Natr. bicarb. . .	2,0
Mucil. Acac. . .	5,0
Aq. Chlorof. . .	180,0
Essent. Canell. gtt. V.	

Von dieser Mischung werden alle 3 Stunden 2 Esslöffel voll genommen. (Rif. med.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 15. Aug. Der vom Organisations-Comité des XI. internationalen medic. Congresses gefasste Beschluss hat folgenden Wortlaut: „Das Executiv-Comité, in Anbetracht der sanitären Verhältnisse der Staaten Europas, welche viele Collegen aller Nationen zwingen könnten, ihre Wohnsitze nicht zu verlassen; in der Ueberzeugung, dass in solchem Falle ein Congress von allgemeinem Charakter, wie der Unsere, seinem Zwecke nicht entsprechen würde; in Berücksichtigung der von vielen wissenschaftlichen Autoritäten des Auslandes eingegangenen Rathschläge, beschliesst, den Congress auf April 1894 zu vertagen." Das genauere Datum soll demnächst bestimmt werden, nachdem Seitens der verschiedenen Landescomités die opportunen Zeitpunkte genannt sein werden. Mit dem Congress wird auch die Ausstellung verschoben; das deutsche Ausstellungs-Comité bleibt aber nicht nur in Thätigkeit, wird vielmehr die zu Gebote stehende Zeit benutzen, um sich durch Cooptation zu verstärken und möglichst weite wissenschaftliche Kreise zur Beschickung heranzuziehen. — Aus demselben Grunde wurde die Abhaltung des I. internationalen Samariter-Congresses in Wien bis zum Jahre 1894 verschoben.

— Am 27. v. Mts. endete die Prüfung für den ärztl. Staatsdienst im Jahre 1893. Das Ergebniss war ein sehr befriedigendes, indem von den 28 Aerzten, welche die Prüfung zu Ende führten — darunter 2 Militärärzte — 12 die erste und 16 die zweite Note erhielten. Für das Jahr 1894 wird gleichfalls die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst abgehalten werden, wozu die Anmeldungen bis zum 15. September d. Js. bei jenen Kreisregierungen, Kammern des Innern, zu geschehen haben, in deren Bezirk die um Zulassung zur Prüfung nachsuchenden Aerzte wohnen.

— Von der Strafkammer des Landgerichtes München I wurde der frühere Assistenzarzt Dr. Friedrich Aufhammer von Ansbach wegen Betrugs und Privaturkundenfälschung zu 1 Jahr 3 Monate Gefängniss verurtheilt. — Die Universität Halle entzog einem in Berlin prakticirenden Arzte, welcher seit dem Jahre 1872 fünfmal wegen verschiedener Betrügereien und zuletzt im Jahre 1879 wegen Meineids zu einer 9jährigen Zuchthausstrafe verurtheilt worden war, nachträglich die Doktorwürde. Der betreffende Arzt hatte sich nach Entlassung aus der Strafanstalt in Berlin niedergelassen, eine bedeutende Praxis erlangt und eine Privatklinik, die sich zahlreichen Besuches erfreute, gegründet.

— In Frankfurt a. M. feierte am 10. August der Geheime Sanitätsrath Dr. Heinrich Hofmann sein 50jähriges Doctorjubiläum; Hofmann stand lange Jahre an der Spitze des Frankfurter Irrenpflegewesens und ist ausserdem als Verfasser des „Struwwelpeter's" und anderer geistvoller humoristischer und satyrischer Schriften bekannt. — Am gleichen Tage feierte der, wie Hofmann in Halle promovirte, Professor F. L. Krahmer, ordentlicher Professor für gerichtliche Medicin zu Halle und der Senitor der dortigen medicinischen Facultät, sein 50jähriges Doctorjubiläum.

— Ueber die Behandlung und Verpflegung von Mitgliedern von Kranken- u. Dienstboten-Cassen für den Fall, dass diese an Geschlechtskrankheiten leiden, ist jüngst ein Ministerialerlass für das Königreich Preussen ergangen. Dieser Erlass, der jetzt in den „Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes" im Wortlaut mitgetheilt wird, ist von hervorragender Bedeutung für die öffentliche Gesundheitspflege. Wie bekannt, haben nicht wenige Cassen Sonderbestimmungen, die die Rechte von Kranken der bezeichneten Art mehr oder minder beschränken. Einzelne Cassen verweigern den Mitgliedern sogar jede Unterstützung. Dem gegenüber stellt der Ministerialerlass fest, dass die Cassen nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 6 Abs. 1 Ziffer 1, § 20, Abs. 1 Ziffer 1, des Gesetzes vom 10. April 1892) unter allen Umständen verpflichtet sind, den Geschlechtskranken ärztliche Behandlung und Arzneien unentgeltlich zu gewähren. Zugleich versucht der Erlass darauf hinzuwirken, dass die Behandlung von Kranken der in Frage stehenden Art möglichst zur Sache der Krankenhäuser gemacht werde. Der Ministerialerlass ist ganz im Sinne der Forderungen der Aerzte und Hygieniker gehalten und entspricht insbesondere den Grundsätzen, die von der Berliner medicinischen Gesellschaft im vorigen Jahre auf die Anregung von Dr. Blaschko für die einschlägige Materie als die förderlichsten bezeichnet worden sind.

— Cholera-Nachrichten. In der Cholerafrequenz des Jahres 1893 macht sich jetzt der Einfluss der Jahreszeit geltend; die Meldungen von allerdings bisher noch vereinzelten Choleravorkommnissen mehren sich. Ueber den Stand der Vorwochen bringen die Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes folgende Mittheilungen: In Neapel, wo vom 18.—22. Juli 22 choleraartige Erkrankungen (14 Todesfälle) beobachtet worden sind, handelt es sich nach amtlicher Auffassung nicht um asiatische Cholera; nach der „Tribuna" sind jedoch vom 31. Juli bis 1. August neuerdings 30 Personen an Cholera erkrankt (11 gestorben).

In Nantes ereigneten sich vom 13.—27. Juli 44 Cholerafälle (30 tödtl.), in Marseille vom 18.—24. Juli 33 „choleraverdächtige" Sterbefälle. Auch aus der Vendée (Sables d'Olonne), aus dem Departement des Pyrénées orientales wurden Cholerafälle gemeldet. Cette und Alais gelten wieder als cholerafrei.

Ein Erkrankungsfall bei einem Insassen des britischen Schiffes

„Almora", der in Marseille an Land gewesen war, war bei der Ankunft des Schiffes in Gravesend bereits in Genesung übergegangen.

In Russland ist neuerdings auch Polen und zwar Bialystok, Gouvernement Grodno, von Cholera befallen (bis 30. Juli 25 Erkr.); im Uebrigen sind folgende Meldungen (bis 21. Juli) eingelaufen:

Gouv.	Podolien	vom 2.—8. Juli	499 Erkr.	(122 Sterbef.)
„	Bessarabien	„ 2.—8. Juli	62 „	(34 „)
„	Kiew	„ 9.—15. Juli	18 „	(12 „)
„	Cherson	„ 9.—15. „	22 „	(11 „)
Stadt	Orel	„ 9.—15. „	79 „	(37 „)
Gouv.	Orel	„ 9.—15. „	69 „	(15 „)
„	Tula	„ 9.—15. „	33 „	(9 „)
Stadt	Moskau	„ 11.—14. „	31 „	(14 „)

Ausserdem kamen einzelne oder einige wenige Fälle vor in Kursk, Woronesch, Tschernigow, Wladimir, Saratow, Wjotka, Tobolsk, Tomsk.

In Moskau (Stadt) sind vom 17.—23. Juli noch 92 Personen an Cholera erkrankt (21 gestorben).

Im Vilajet Bassora wurden vom 9.—23. Juli 8 Choleratodesfälle festgestellt. In Smyrna sind choleraverdächtige Krankheitsfälle in grösserer Zahl beobachtet worden.

Die in Mekka durch Cholera verursachten Todesfälle waren vom 14.—19. Juli 26, 21, 20, 15, 11, 5; in Djedda vom 14.—18. Juli 21, 8, 21, 22, 12. Nach Meldung vom 26. Juli ist die Seuche auch unter den Pilgern in Medina ausgebrochen.

In der persischen Provinz Mazenderan starben vom 7.—17. Juli 225 Personen an Cholera. P.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 30. Jahreswoche, vom 23.—29. Juli 1893, die grösste Sterblichkeit Rixdorf mit 68,7, die geringste Sterblichkeit Darmstadt mit 14,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als 40: Bromberg (53,1), Gera (40,5), Görlitz (42,1), Halle a. S. (44,8), Liegnitz (43,8) und Spandau (51,7). Die Vermehrung der Sterblichkeit kommt durchweg auf Rechnung der Zunahme acuter Darmkrankheiten. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Fürth, an Diphtherie und Croup in Mühlhausen i. E. und Remscheid.

— In Hamburg ist von Staatswegen ein hygienisches Institut begründet worden, dessen Leitung Dr. med. Dunbar, früher Assistent am hygienischen Universitäts-Laboratorium in Giessen unter Professor Gaffky, übernommen hat.

— Der IV. internationale Congress gegen den Missbrauch geistiger Getränke wird vom 16.—18. August d. Js. im Haag stattfinden. Präsident des Organisationscomité's ist Staatsminister J. Heemskerk. Vorträge „Ueber Alkohol in Beziehung zur Physiologie und Hygiene"; „Die auf die freie Entschliessung des Menschen wirkenden Mittel"; „Die Zwangsmittel zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs".

— Der III. Jahrescongress der amerikanischen elektro-therapeutischen Gesellschaft findet in Chicago am 12., 13. und 14. September d. J. in der Apollo-Halle im Central-Musik-Block statt. Aerzte, welche sich für die Elektro-Therapie interessiren, sind freundlichst eingeladen. Gez. Augustin Goelet, M. D., Präsident; Secretariats-Bureau: 68, Madison Avenue, New-York.

— Die Amerikanische Vereinigte Presse hat einen Preis von 2500 Francs für die beste Arbeit über die „Aetiologie und Behandlung der Lungenschwindsucht" ausgesetzt.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Die Universität beging am 3. August die Geburtstagsfeier ihres Stifters des Königs Friedrich Wilhelm III. Der Cultusminister Dr. Bosse und Geheimrath Althoff waren anwesend. Der Rector Geheimrath Virchow behandelte in seiner Festrede die Gründung und die Geschichte der Berliner Universität, sowie den Uebergang aus dem philosophischen in das naturwissenschaftliche Zeitalter. — Die im Vorjahre gestellte Preisaufgabe: „Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis" hatte zwei Bearbeiter gefunden, nämlich F. Schmidt, stud. med. aus Laurahütte und W. Sturmann, stud. med. aus Schwetz; beide wurden prämiirt. Den Preis für die Aufgabe: „Ueber die erste Anlage des Primordialcraniums menschlicher Embryonen" erhielt M. Jakoby, stud. med. aus Berlin. Für das kommende Jahr sind folgende Preisaufgaben aufgestellt: 1) Ueber die Stickstoffbilanz bei Kranken, die an Herzklappenfehlern leiden (schon im Vorjahre aufgestellt, aber nicht bearbeitet). 2) Experimentelle Untersuchungen an Säugethieren über den Einfluss der bewegten Luft auf den Stoffverbrauch, die Wärmeproduction und die Wärmeabgabe. 3) Es soll durch sorgfältige mikroskopische Untersuchungen festgestellt werden, und zwar beim Menschen und bei Säugethieren, in welcher Weise die Regeneration der Uterusschleimhaut nach der Geburt geschieht, insbesondere wie die Uterusdrüsen wieder hergestellt werden. — Der Geheime Medicinalrath Prof. Dr. Senator, Director der dritten medicinischen Klinik und Universitätspoliklinik, feierte am 8. d. Mts. sein 25jähriges Docentenjubiläum. Gelegentlich dieser Feier wurden dem hochverdienten Forscher, Lehrer und Arzte aus den weitesten Kreisen zahlreiche Ehrungen zu Theil. — Prof. Dr. Julius Wolff feierte am 30. vor. Mts. sein 25jähriges Docentenjubiläum. — **Breslau.** Prof. Dr. Hermann Cohn feierte am 24. vor. Mts. das 25jährige Docentenjubiläum.

Freiburg i. Schweiz. Wie berichtet wird, soll nächstens an der Universität Freiburg in der Schweiz eine confessionelle medicinische Facultät erstehen. Bereits im vorigen Jahre wurde dort eine Lotterie zu Gunsten der zu gründenden neuen Universität in Gang gebracht und trotz des Widerspruches des Bundesrathes durchgesetzt. Jetzt ergehen weitere Aufforderungen an die Oeffentlichkeit, zur Gründung dieser confessionell-medicinischen Facultät Beiträge zu spenden. Das Gesuch wird damit begründet, dass das Unternehmen katholisch sei und die Uebereinstimmung von Glauben und Naturwissenschaft begründen solle. — **Lyon.** Dr. C. Curtillet wurde zum Vorstand der chirurgischen Klinik ernannt. — **Montpellier.** Dr. Jaussaud und Dr. Capman wurden zu Vorständen der chirurgischen Klinik ernannt. — **Wien.** Die Stelle eines ordinirenden Arztes der oculistischen Abtheilung im Krankenhause der Rudolphsstiftung ist dem ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde an der Wiener Universität, Dr. Otto Bergmeister, verliehen worden.

(Todesfälle.) Dr. Friedrich Fischel in Prag, ein angesehener Arzt, bekannt durch seine bakteriologischen Forschungen und durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Bakteriologie und inneren Medicin, ist gestorben.

Am 5. August starb im Alter von 87 Jahren zu Kösen der in weiten Kreisen bekannte, als Arzt und Mensch gleich angesehene Geh. Sanitätsrath Dr. O. Rosenberger, der Senior der Kösener Badeärzte.

Berichtigung. Im Generalkrankenrapport für die kgl. bayer. Armee pro Juni 1893 (No. 31, pag. 596) ist zu lesen bei 2) Zugang im Lazareth **1591** Mann, statt 4489 Mann.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 31. Jahreswoche vom 30. Juli bis 5. August 1893.

Betheil. Aerzte 355. — Brechdurchfall 81 (73*), Diphtherie, Croup 26 (23), Erysipelas 16 (27), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (2), Kindbettfieber 2 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 88 (73), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 7 (4), Parotitis epidemica 4 (4), Pneumonia crouposa 5 (5), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 24 (47), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 27 (24), Tussis convulsiva 1 (7), Typhus abdominalis Civilbevölkerung 3 (2) Militär 4 (6), Varicellen 3 (6), Variola — (—). Summa 294 (306). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 31. Jahreswoche vom 30. Juli bis 5. August 1893.

Bevölkerungszahl 380,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 5 (3), Scharlach 1 (1), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 5 (9), Keuchhusten — (—), Unterleibstyphus 4) (2), Brechdurchfall 16 (12), Ruhr — (—), Kindbettfieber 1 (—), Croupöse Lungenentzündung 2 (1), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus 2 (1), andere übertragbare Krankheiten 1 (2).**

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 213 (204), der Tagesdurchschnitt 30.4 (29.1). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 29.2 (27.9), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 13.7 (14.8), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 12.5 (12.5).

***) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.**
****) 4 Militärperson im Garnisonslazareth.**

Literatur.

(Bei der Redaction zur Recension eingegangen.)

Schmitz, Die schwere Form der Glykosurie und ihre Diät. S.-A., D. med. W. 1893, No. 27.

Beck, Erster Jahresbericht der Specialabtheilung für chirurgische Krankheiten des Halses an der deutschen Poliklinik der Stadt New-York nebst allgemeinen Bemerkungen. S.-A., New-Yorker med. Monatsschrift, Juni und Juli 1893.

Kollmann, Zur Diagnostik chronischer Harnröhrenerkrankungen. S.-A., D. med. W. 1893, No. 29.

Alber, Ueber das Vorkommen von Harncylindern im eiweissfreien Harn bei Anwendung der Centrifuge. Inaug.-Diss., Würzburg, Scheiner, 1893.

Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. I. Abth. Wiesbaden, Bergmann, 1893.

Salkowski E., Practicum der physiologischen und pathologischen Chemie, nebst einer Anleitung zur anorganischen Analyse für Mediciner. Berlin, A. Hirschwald, 1893.

Walther H., Leitfaden zur Kinderpflege und ersten Hülfeleistung bei Krankheiten und Verletzungen. 6 Vorträge. Ettenheim, F. X. Leibold, 1893.

Stern C., Zur Kenntniss maligner Neubildungen im Kindesalter. Sonderabdruck aus der Deutschen med. Wochenschrift 1892 Nr. 22.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.